



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Année 2016 N° 222

**LE MEDECIN GENERALISTE ET LES SOINS DE SUPPORT  
EN ONCOGERIATRIE DANS LE GRAND LYON**

Enquête de pratique

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

et soutenue publiquement le **12 Octobre 2016**

en vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

par

**VALERO Marie**

**Née le 21/05/1987 à Lyon**

**Sous la direction du Dr Amélie Chabert**

# Composition du jury

## **Présidente du jury :**

Madame le Professeur Claire LEGER-FALANDRY

## **Membres du jury :**

Monsieur le Professeur Marc BONNEFOY

Monsieur le Professeur Olivier BONIN

Madame le Docteur Amélie CHABERT

# **UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1**

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de	Pierre COCHAT
Coordination des Etudes Médicales	
Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

## **SECTEUR SANTE**

UFR de Médecine Lyon-Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

## **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

## Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2016/2017

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

#### Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

#### Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**

### **Première classe**

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie

Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie

Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Lainé	Xavier
-------	--------

### **Professeurs émérites**

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

### Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

## **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers**

### **Seconde classe**

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisé si j'y manque. »

A mes parents

# Remerciements

## **A la présidente du jury**

Madame le Professeur Claire Léger-Falandry,

Je vous remercie de me faire le grand honneur d'être la présidente de mon jury. Merci pour votre disponibilité, réactivité et gentillesse tout au long de ce travail. C'est un plaisir et un honneur de pouvoir bientôt travailler à vos côtés. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

## **Aux membres du jury**

Monsieur le Professeur Marc Bonnefoy,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour la confiance que vous me témoignez depuis le début. Je suis très fière de pouvoir continuer à pratiquer la gériatrie au sein de votre service. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma profonde considération.

Monsieur le Professeur Olivier Bonin,

Il était au combien important pour moi que ce travail de thèse soit jugé par un médecin généraliste. Et vous avez accepté sans la moindre hésitation de rejoindre mon jury de thèse. En espérant que vous en apprécierez la lecture. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur Amélie Chabert,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger, pour la première fois, un travail de thèse malgré un emploi du temps bien chargé. Merci pour votre investissement et vos précieux conseils qui ont contribué à l'amélioration de ce travail. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

## **A ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce travail**

A l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes, je vous remercie d'avoir sélectionné mon questionnaire en commission et de l'avoir diffusé aux médecins généralistes de votre base de données.

Je remercie également Soins et Santé pour leur participation à ce travail de thèse.

Je remercie tous les médecins généralistes du Grand Lyon qui ont contribué à l'écriture de cette thèse en acceptant de répondre à cette enquête.

Je remercie également toutes les personnes qui m'ont accordé un peu de temps pour répondre à mes questions sur l'offre locale : Mme De La Londe, Mme Fournel, Mme Thimonier et le Dr Pasquion, Mme Lecointe, les infirmières de l'hôpital de jour de chimiothérapie de la Clinique Charcot et de la Clinique de la Sauvegarde, la SFAP et le Dr Mermet, le Dr Perceau-Chambard, Mme Marmilloud de l'EMSP des Charmettes.

Enfin, un dernier merci au Dr Mensah pour la réalisation de mes tests statistiques ainsi que pour son soutien et ses conseils méthodologiques. Bonne chance et bon vent à Princeton !!!

### **Aux patients**

Un grand merci à tous les patients que j'ai rencontrés au cours de mon externat et de mon internat, en stage ou en garde. Je repense avec émotion à tous ces moments d'échange et de partage. Vous m'avez marquée, chacun à votre manière. Je ne pourrai jamais vous oublier. C'est grâce à vous que je suis devenue le médecin que je suis.

### **Aux médecins**

Un grand merci à tous les médecins avec qui j'ai eu le plaisir de travailler et qui ont contribué à me faire aimer ce métier en me transmettant leur savoir, leur savoir-faire et leur savoir-être. Merci de m'avoir transmis ces belles valeurs humaines.

Je remercie toute l'équipe de gériatrie du Centre Hospitalier Lyon-Sud avec qui j'ai travaillé durant six mois : les Pr Bonnefoy et Léger-Falandry, le Dr Sabrina Ait, le Dr Thomas Gilbert, le Dr Anne-Cécile Rouveure, le Dr Florence Murard-Reeman, le Dr Marine Haution, le Dr Sophie Watelet, le Dr Madhi Archaoui. Merci de m'avoir donné l'envie et l'opportunité de faire ce métier où l'humain occupe une place centrale. Travailler avec vous sera un immense honneur et un enrichissement tant professionnel que personnel.

Je tiens tout particulièrement à remercier :

- le Dr Ait et le Dr Gilbert avec qui j'ai travaillé durant 3 mois au Court Séjour Gériatrique. Merci Sabrina pour ta rigueur et ta manière d'exercer la médecine de façon toujours juste. Merci Thomas pour ta profonde gentillesse et ton sens de l'écoute. Un grand merci à vous de m'avoir permis de me révéler et d'avoir trouvé ma voie. Je vous dois beaucoup.
- le Dr Murard-Reeman avec qui j'ai travaillé durant 3 mois en Soins de Suite et de Réadaptation. Merci Florence pour ta bienveillance. Tu me laissais voler de mes propres ailes tout en étant présente et toujours disponible. Un vrai compagnonnage.

Au Dr Boyer et au Dr Marichy, pour votre humanité et votre empathie. J'ai énormément apprécié travailler dans votre service durant 6 mois et j'ai énormément appris à vos côtés en pneumologie. Au Dr Khouatra, merci pour ces 6 mois à Vienne. J'espère que le destin nous permettra de se croiser à nouveau à Lyon-Sud lorsque je te demanderai un écho-doppler pour mes patients. A toute l'équipe mobile des soins palliatifs de Vienne, pour ces débats toujours forts intéressants au sujet de l'hydratation et de l'antibiothérapie en fin de vie. Ces staffs étaient des temps d'échange où le patient dans toute sa globalité était au cœur de la prise de décision. Au Dr Serraille pour son professionnalisme et son implication facultaire.

### **Aux équipes paramédicales**

A toute l'équipe du Court Séjour Gériatrique et à celle du 1<sup>er</sup> étage de Michel Perret. C'était un vrai plaisir de travailler avec vous et j'ai hâte de vous retrouver.

Une pensée toute particulière pour toute l'équipe de la médecine F à l'hôpital Lucien Husel de Vienne pour son accueil et son humanité : Annie, Christiane, Lucille, Célia, Anaëlle, Jenny, Marion, Lucie, Céline... Des liens forts se sont créés entre nous et je ne vous oublierai jamais !!!

Aux infirmières et aides-soignantes de l'UHP de St Joseph St Luc. Durant ce dernier stage, vous m'avez aidé à tenir le coup avec vos sourires. Merci à Romain, Pascale, Marine, Madeleine, Gaëlle, Alex et les autres.

### **A mes amis et mes co-internes**

Merci à ceux qui ont su rester présent(e)s à mes côtés durant toutes ces années.

A toi, Morgane, qui a toujours cru en moi. Tu es ma confidente, ma meilleur amie, ma sœur. Notre amitié est indestructible. A Maxime, mon ancien binôme de ronéo, tu es devenu un véritable ami. Ces soirées à refaire le monde ensemble me manquent. J'espère que tu reviendras très vite t'installer à Lyon car il y a déjà trop de dermatologues à Marseille. A Amandine, tu es devenue une amie au fil du temps qui passe. Je te souhaite bon vent en médecine interne à Bourgoin !!! Merci à Isabelle pour ta relecture et tes remarques pertinentes sur ce travail.

A tous mes co-internes avec qui j'ai partagé ce quotidien pas toujours facile qu'est l'internat.

A Pierre et Clémence, mes co-internes de pneumologie, qui sont devenus de vrais amis.

A Axel, mon co-interne de gériatrie et futur collègue, nous avons surmonté l'épreuve de la thèse et nous en sommes ressortis plus forts.

### **A mes parents**

Merci de m'avoir toujours soutenue, supportée et accompagnée physiquement et moralement tout au long de mes études. Merci pour votre amour sans faille et pour la transmission des valeurs qui font de moi la personne que je suis aujourd'hui. Je vous dois tout. Je vous aime.

Maman, merci de m'avoir transmis le goût du travail et des choses bien faites.

### **A mon frère**

Merci pour ton amour et ton soutien inconditionnel tout le long de ce chemin. Je t'aime fort.

### **A ma famille**

A mes grands-pères, partis trop tôt, qui ont fait naître en moi la vocation de médecin.

A ma grand-mère paternelle que j'aurai tellement aimée connaître.

A ma grand-mère maternelle qui est décédée durant l'élaboration de cette thèse. Ta double amputation nous avait un peu éloignées toutes les deux ces dernières années mais je n'oublierai jamais tout ce que tu as fait pour moi. C'est toujours difficile pour moi d'accepter les conditions dans lesquelles tu nous as quittés... Tu me manques mamie. Je te dédie ce travail.

A mon parrain qui lutte contre la maladie depuis des années, merci pour ton soutien à distance. Je suis contente et rassurée que tu sois venu te faire soigner en dermatologie à Lyon-Sud.

A Gérard et Christiane, merci de m'avoir accompagnée durant toutes ces années.

### **A ceux que je considère comme mes beaux-parents**

Merci pour votre soutien et pour votre accueil au sein de votre famille.

Merci à vous Gilles pour votre relecture, vos corrections et améliorations.

### **A Denis**

Merci pour ton écoute, tes encouragements et ta patience tout au long de ce travail.

Merci de partager ma vie, la ville est tellement plus belle avec toi. Je t'aime.

# TABLE DES MATIERES

Glossaire .....	3
Tables des illustrations .....	4
Tables des annexes .....	5
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b><u>PARTIE I</u> : ETAT DES LIEUX ET CONTEXTE REGIONAL .....</b>	<b>8</b>
<b>I. 1. ONCOGERIATRIE .....</b>	<b>9</b>
I.1. 1. Epidémiologie des cancers chez le sujet âgé .....	9
I.1. 2. Définition et histoire de l'oncogériatrie .....	10
I.1. 3. Intérêt de l'évaluation gériatrique en oncologie .....	10
I.1. 4. Rôle du médecin généraliste en oncologie .....	12
I.1.4. 1. Ce que disent les textes de loi .....	12
I.1.4. 2. Ce que dit la littérature .....	13
<b>I. 2. SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT .....</b>	<b>14</b>
I.2. 1. Définition et concept .....	14
I.2. 2. Soins de support - supportive care .....	15
I.2. 3. Intérêt des soins de support pour le patient .....	16
I.2. 4. Soins de support et médecin généraliste .....	17
I.2. 5. Les principaux champs d'action des soins de support .....	18
I.2.5. 1. Douleur .....	19
I.2.5. 2. Nutrition .....	20
I.2.5. 3. Effets secondaires des traitements .....	21
I.2.5. 4. Souffrance psychique .....	22
I.2.5. 5. Difficultés sociales .....	23
I.2.5. 6. Soins palliatifs .....	23
I.3. 6. Organisation locale des soins de support.....	25
I.3.6. 1. L'Equipe Mobile de Soins de Support .....	25
I.3.6. 2. Le centre régional de lutte contre le cancer.....	26
I.3.6. 3. L'hôpital public .....	27
I.3.6. 4. L'hôpital privé à travers deux exemples .....	29
I.3.6. 5. La clinique à travers deux exemples .....	31
I.3.6. 6. L'offre locale en soins palliatifs .....	31
<b><u>PARTIE II</u> : ENQUETE DE PRATIQUE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DU GRAND LYON</b>	<b>34</b>
<b>II. 1. MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>35</b>
II.1. 1. Choix du lieu de l'étude .....	35
II.1. 2. Les caractéristiques de l'étude .....	35

II.1.2. 1. Les objectifs de l'étude .....	35
II.1.2. 2. Population de l'étude .....	36
II.1.2.2. 1. Critères d'inclusion .....	36
II.1.2.2. 2. Critères d'exclusion .....	36
II.1. 3. Elaboration et envoi du questionnaire .....	37
II.1.3. 1. Elaboration du questionnaire .....	37
II.1.3. 2. Envoi du questionnaire .....	39
II.1. 4. Recueil et traitement des données .....	40
II.1. 5. Recherches bibliographiques .....	41
<b>II. 2. RESULTATS .....</b>	<b>42</b>
II.2. 1. Taux de réponse .....	42
II.2. 2. Caractéristiques des répondants .....	43
II.2. 3. Prise en charge médicale en ambulatoire .....	48
II.2. 4. Prise en charge psycho-sociale en ambulatoire .....	52
II.2. 5. Les intervenants dans la prise en charge ambulatoire .....	56
II.2. 6. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes .....	58
II.2. 7. Exploration des déterminants de la prise en charge .....	61
<b>II. 3. DISCUSSION .....</b>	<b>63</b>
II.3. 1. Les points forts de l'enquête .....	63
II.3. 2. Les limites de l'enquête .....	65
II.3.2. 1. Faible taux de réponse .....	65
II.3.2. 2. Les biais .....	66
II.3.2.2. 1. Biais de déclaration .....	66
II.3.2.2. 2. Biais de mémorisation .....	67
II.3.2.2. 3. Biais de sélection .....	67
II.3.3. Analyse des résultats .....	68
II.3.3. 1. Prise en charge médicale en ambulatoire .....	68
II.3.3. 2. Prise en charge psycho-sociale en ambulatoire .....	74
II.3.3. 3. Les intervenants dans la prise en charge ambulatoire.....	79
II.3.3. 4. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes .....	83
II.3.3. 5. Exploration des facteurs déterminants la prise en charge .....	89
II.3. 4. Quelques préconisations .....	90
II.3.4. 1. Difficultés médico-psycho-sociales .....	90
II.3.4. 2. Difficultés dans la communication ville-hôpital .....	91
II.3.4. 3. Difficultés dans l'organisation des soins à domicile .....	91
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>94</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>96</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>105</b>

# GLOSSAIRE

AFSOS	Association Française des Soins Oncologiques de Support
ALD	Affection Longue Durée
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASCO	American Society of Clinical Oncology
BDI	Beck Depression Inventory
DCC	Dossier Communicant de Cancérologie
DISSPO	Département Interdisciplinaire des Soins de Support du Patient en Oncologie
DPC	Développement Professionnel Continu
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EMSS	Equipe Mobile de Soins de Support
FMC	Formation Médicale Continue
GDS	Geriatric Depression Scale
HAD	Hospitalisation A Domicile
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
INCa	Institut National du Cancer
JOG	Journal d'OncoGériatrie
LISP	Lits Identifiés Soins Palliatifs
MASCC	Multinational Association of Supportive Care in Cancer
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PPS	Plan Personnalisé de Soins
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RCOG	Réunion de Concertation d'OncoGériatrie
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement A Domicile
SAD	Soins A Domicile
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et Soins A Domicile
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
UCOG	Unité de Coordination en OncoGériatrie
UPCOG	Unité Pilote de Coordination en OncoGériatrie
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
USP	Unité de Soins Palliatifs

# TABLES DES ILLUSTRATIONS

## FIGURES

FIGURE 1 : Relations between supportive care and palliative care .....	24
FIGURE 2 : Flow Chart .....	42
FIGURE 3 : Répartition des répondants selon le cadre d'exercice en médecine générale .....	44
FIGURE 4 : Répartition des répondants en fonction de leur code postal .....	45
FIGURE 5 : Répartition des médecins généralistes en fonction du nombre de patients pris en charge en 2015 .....	46
FIGURE 6 : Répartition des médecins généralistes en fonction de la réalisation ou non d'une formation en lien avec la thématique .....	47
FIGURE 7 : Problèmes d'ajustement thérapeutique rencontrés par les médecins généralistes .....	48
FIGURE 8 : Evaluation de la qualité de vie par les médecins généralistes .....	49
FIGURE 9 : Fréquence d'évaluation des soins de support par les médecins généralistes .....	50
FIGURE 10 : Domaines d'évaluation des soins de support oncogériatriques par les médecins généralistes .....	50
FIGURE 11 : Médecins généralistes faisant appel ou non à un professionnel référent quand la situation devient complexe .....	51
FIGURE 12 : Problèmes psycho-sociaux rencontrés chez ces patients par les médecins généralistes .....	52
FIGURE 13 : Moyens mis en œuvre par les médecins généralistes pour pallier leurs souffrances psychologiques .....	54
FIGURE 14 : Moyens mis en œuvre par les médecins généralistes pour compenser l'isolement .....	54
FIGURE 15 : Médecins généralistes parlant de la mort avec les patients et l'entourage .....	55
FIGURE 16 : Connaissance et utilisation des intervenants en ambulatoire par les médecins généralistes .....	56
FIGURE 17 : Collaboration des médecins généralistes avec l'EMSS .....	57

FIGURE 18 : Satisfaction de la prise en charge de ces patients par les médecins généralistes .....	59
FIGURE 19 : Difficultés rencontrées dans le domaine médico-psycho-social par les médecins généralistes .....	60
FIGURE 20 : Difficultés rencontrées dans l'organisation des soins à domicile par les médecins généralistes .....	61
FIGURE 21 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière en France .....	64
FIGURE 22 : Fréquence des symptômes d'inconfort perçus par le médecin généraliste ainsi que par le patient lui-même .....	70

## TABLEAUX

TABLEAU 1 : Répartition des répondants en fonction du sexe et de l'âge .....	43
TABLEAU 2 : Dépistage précoce de la dépression chez les patients âgés atteints de cancer en phase palliative par les médecins généralistes prenant en charge les soins de support .....	53
TABLEAU 3 : Collaboration des médecins généralistes prenant en charge les soins de support avec l'Equipe Mobile des Soins de Support en fonction de leur mode d'exercice .....	58

## TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Organisation de la prise en charge entre oncologue et gériatre .....	105
Annexe 2 : Niveau d'implication des médecins généralistes dans les différentes étapes de la prise en charge du cancer .....	106
Annexe 3 : Schématisation des concepts de soins continus et globaux .....	107
Annexe 4 : Services de Soins Infirmiers A Domicile dans le Grand Lyon .....	108
Annexe 5 : Les soins de support financés par les associations de la Ligue contre le cancer .....	109
Annexes 6 : Questionnaire définitif envoyé .....	110

# INTRODUCTION

Le cancer est un enjeu de santé publique majeur, et plus particulièrement celui de la personne âgée. En France, cette priorité est d'ailleurs inscrite dans les trois plans cancer : mesure 38 du plan cancer 2003-2007 (1), mesure 23.4 du plan cancer 2009-2013 (2) et mesure 2.16 du plan cancer 2014-2019 (3).

Chez la personne âgée, le cancer résulte de l'allongement de l'espérance de vie (4) ainsi que de l'augmentation de son incidence au sein de la population gériatrique (5). En effet, les prévisions montrent que 16,2% de la population française aura plus de 75 ans en 2060 (6). Près d'un tiers des cancers a été diagnostiqué chez des personnes âgées de 75 ans et plus en 2012 d'après les données de l'Institut National du Cancer (INCa) (5). Cette proportion pourrait même atteindre 50% en 2050 selon certaines prévisions (7). Enfin, cette maladie représentait en 2012 la première cause de mortalité chez les patients de 75 à 84 ans (8).

Le cancer est rarement une pathologie isolée dans cette population gériatrique très hétérogène (4,7). Ainsi, plusieurs facteurs de fragilité viennent compliquer la situation (4,7,9,10) : les comorbidités, la poly-médication, les troubles thymiques et/ou cognitifs, la dénutrition, le contexte socio-familial, la perte d'autonomie ... La personne âgée fragile semble donc être plus vulnérable face au cancer et à ses traitements (11). Sa prise en charge ne pourra jamais se limiter au seul traitement de la maladie (7) qui deviendra de plus en plus ambulatoire dans les années à venir (12). Il paraît ainsi essentiel de proposer une stratégie thérapeutique adaptée à leurs spécificités afin de leur garantir la meilleure qualité de vie possible (4). Les soins de support se sont donc développés dans le sens de cette continuité et de cette globalité des soins, essentiellement à partir de l'oncologie grâce à la mesure 42 du plan cancer 2003-2007 (1) et à la circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie en 2005 (13). Ils correspondent en fait à l'ensemble des soins et des soutiens nécessaires au patient tout au long de sa maladie conjointement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a (13).

Quelle est alors la place du médecin généraliste ?

D'après la définition donnée par la société européenne de médecine générale en 2002, le généraliste assure des soins continus et coordonnés, allant du curatif au palliatif, en développant une approche centrée patient. Cette relation de confiance « médecin de famille - patient » se construit dans la durée et s'acquiert au fil du temps (14).

Il apparaît également en première ligne dans la loi et les textes officiels afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients atteints de cancer, notamment avec la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) (15) et la mesure 42 du plan cancer 2009-2013 (2).

Le médecin traitant, cité comme l'un des acteurs de santé référents habituels à domicile, doit être associé à la prise en charge des soins de support d'après un groupe de 19 professionnels spécialisés (16). Enfin, le Pr Krakowski rappelle toute l'importance des professionnels libéraux, dont le médecin généraliste fait partie, avec lesquels les établissements de soins doivent mettre en place des liens forts afin de garantir la continuité des soins de support (17).

Dans les textes de loi, le médecin généraliste apparaît comme le coordinateur du parcours de soins chez ces patients. La littérature nous apprend que les champs d'application des soins de support sont vastes et que la population gériatrique est hétérogène. La prise en charge de ces patients semble donc être complexe pour le médecin traitant car elle nécessite une multitude de compétences médicales et psycho-sociales à la croisée des disciplines que sont l'oncologie, la gériatrie et les soins de support - soins palliatifs.

L'objectif principal de cette thèse est de décrire la prise en charge médico-psycho-sociale des patients âgés atteints d'un cancer en phase palliative par les médecins généralistes du Grand Lyon à l'aide d'une enquête de pratique et de la comparer ensuite aux données de la littérature.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- déterminer leurs connaissances et leurs utilisations des intervenants en ambulatoire
- connaître les difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne
- identifier les facteurs déterminants de leurs prises en charge

# PARTIE I :

## ETAT DES LIEUX ET CONTEXTE REGIONAL

## I. 1. ONCOGERIATRIE

### I.1. 1. Epidémiologie des cancers chez le sujet âgé

En 2012, l'estimation de l'incidence montrait que 30% des nouveaux cas de cancers, tous âges confondus, étaient survenus chez les sujets de plus 75 ans en France métropolitaine : 115 310 nouveaux cas dont 53,7 % survenus chez l'homme (5).

**En 2015, on comptait 233 343 nouveaux cas de cancers chez les personnes âgées de 65 ans et plus, soit 60,9 % des cancers estimés, tous âges confondus (18). Pour les personnes les plus âgées, 85 ans et plus, cela représentait 42 547 nouveaux cas de cancers, soit environ 11 % de l'ensemble des cas de cancers diagnostiqués en 2015 (18) versus 6,1% en 2008 (7).**

Ses différentes localisations dépendent du sexe et de l'âge des patients. Au-delà de 75 ans, les cancers digestifs et urologiques ainsi que des hémopathies augmentent au détriment des cancers du sein et des cancers liés à l'intoxication alcoolo-tabagique, en particulier le poumon et les voies aéro-digestives supérieures (7).

Avec le vieillissement prévisible de la population (6), l'incidence du cancer va probablement augmenter. En partant de l'hypothèse du maintien des taux d'incidence actuels, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) estime que le **nombre de cancers diagnostiqués en 2025** pourrait atteindre **81 838 chez les hommes âgés de 75 ans et plus et 52 890 chez les femmes âgées de 75 ans et plus (7)**. Chez les plus de 85 ans, on dénombrait 18 509 nouveaux cas chez les femmes et 18 439 nouveaux cas chez les hommes (7).

**En 2015, on recensait 112 596 décès par cancer chez les personnes âgées de 65 ans et plus, soit 75% de la totalité des décès par cancer observés en France (18)**. Pour les personnes âgées de 85 ans et plus, le nombre de décès liés au cancer était de 35 933, soit près de 32 % de l'ensemble de la mortalité par cancer (18).

## I.1. 2. Définition et histoire de l'oncogériatrie

L'oncogériatrie est née du rapprochement de deux spécialités, l'oncologie et la gériatrie, à partir d'un constat commun : la prise en charge de ces patients est largement sous-optimale (19). Pour autant, elle ne résulte pas de la simple application aux malades âgés de protocoles standards (7).

**La prise en charge du cancer au sein de la population gériatrique ne pourra jamais se limiter uniquement au traitement spécifique du cancer (7).** Elle doit intégrer le patient dans toute sa globalité : dans ses dimensions médicales, psycho-cognitives et sociales (7).

**Elle doit donc concerner aussi bien les traitements spécifiques que les soins de support.**

D'après la définition retrouvée sur le site de l'INCa, **l'oncogériatrie vise donc à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multi-professionnelle (20)**, en incluant les dimensions médicales, cognitives et psycho-sociales du patient, ainsi que tous les professionnels de santé autour de lui.

**En 1983, aux Etats-Unis**, le *National Cancer Institute* et le *National Institute on Ageing* ont donné naissance à cette discipline au cours d'un séminaire intitulé « *perspectives on prevention and treatment of cancer in the elderly* » (19). Cette réunion amorçait déjà l'idée que la prise en charge du patient âgé atteint de cancer justifiait des **compétences particulières (19)**. L'oncogériatrie a mis en évidence des **difficultés associées à l'âge dans le traitement du cancer** : tendance aux traitements sous-optimaux à cause de certaines barrières (4,21), sous-représentation dans les essais thérapeutiques (4,10,21,22), sur-toxicité des thérapeutiques (4,10).

En 1994, Lodovico Balducci était l'un des premiers oncologues américains à développer un programme clinique d'oncogériatrie, le "Senior Adult Oncology Program". Son équipe se consacra spécifiquement aux sujets âgés de plus de 70 ans atteints d'un cancer (23).

## I.1. 3. Intérêt de l'évaluation gériatrique en oncologie

**La population gériatrique est très hétérogène** du fait de la présence de comorbidités, d'une polymédication, de troubles psycho-cognitifs, d'une dénutrition, d'un isolement social, de dépendances physiques qui peuvent interférer avec la prise en charge « standard » du cancer

(4,7,9,10). Le concept d'évaluation gériatrique préalable à la prise en charge cancérologique pure s'est imposé progressivement, grâce notamment aux travaux conduits Outre Atlantique par l'équipe de L. Balducci, qui a proposé **une classification des patients en trois groupes en fonction de leur degré de vulnérabilité** (autonomie pour les actes de la vie quotidienne, comorbidités, état nutritionnel et fonctions psycho-cognitives) (22) :

- *pour les patients du groupe 1 considérés comme « adaptés » et sans fragilité particulière, un traitement standard doit théoriquement être proposé*
- *pour les patients du groupe 2 qui représentent sans doute la majorité des prises en charge au quotidien, le traitement à visée carcinologique doit être adapté et souvent une intervention gériatrique proposée*
- *pour les patients du groupe 3 hautement vulnérables, on se contentera parfois d'une approche purement palliative*

L'oncogériatrie a été mise en œuvre en France sous l'impulsion de l'INCa qui a créé des **Unités Pilotes de Coordination en OncoGériatrie (UPCOG)** grâce à la mesure 23.4 du plan cancer 2009-2013 (2). C'est ainsi que gériatres et oncologues ont pu collaborer ensemble (Annexe n°1) (24) pour permettre de répondre aux questions formulées par L. Balducci et M. Extermann (4,25) :

- le patient va-t-il mourir de son cancer ?
- le patient va-t-il souffrir de son cancer ?
- le patient peut-il tolérer le traitement spécifique sans risque de complications potentiellement mortelles ?

Pour répondre à ces questions, il convient de réaliser une **Evaluation Gériatrique Approfondie** (EGA) qui est la méthode validée (7,25). Mais c'est plutôt **l'Evaluation Gériatrique Multidimensionnelle dite aussi Standardisée** qui est réalisée en pratique (EGM ou EGS) (7). Elle a pour objectif de repérer les facteurs de fragilité et les syndromes gériatriques qui pourraient interférer avec les traitements (11). Il est nécessaire pour les oncologues de disposer d'un outil de dépistage afin de mieux identifier les patients qui devraient bénéficier d'une évaluation plus approfondie : grâce à la mesure 23.4 du plan cancer 2009-2013 (2), le questionnaire G8, évalué dans le cadre de l'étude Oncodage, est maintenant utilisé (10). **Cette évaluation gériatrique permettrait d'instaurer précocement des soins de support adaptés à chaque patient** (25).

## I.1. 4. Rôle du médecin généraliste en oncologie

Il est quotidiennement confronté à cette maladie par de multiples approches (26) : la prévention vaccinale et l'éducation à la santé, le dépistage qu'il soit organisé ou individuel, la démarche diagnostique, l'annonce, le protocole de soins d'Affection Longue Durée (ALD), le suivi des patients avec notamment les soins de support, l'accompagnement palliatif.

### I.1.4. 1. Ce que disent les textes de loi

**Le plan cancer 2003-2007** permet de mieux définir sa place (1) :

- faciliter son implication dans la coordination des soins en coopération avec l'hôpital (*mesure 33*)
- permettre le maintien à domicile et faciliter les soins et aides à domicile (*mesures 41, 56*)
- donner la possibilité aux patients de bénéficier de soins de support (*mesure 42*)

**La circulaire DHOS/SDO n° 2005-101 du 22 Février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie** a pour volonté d'intégrer le médecin généraliste dans l'organisation du parcours de soin du patient atteint de cancer dans un souci de « **prise en charge globale et continue avec le domicile associant la mise en œuvre de traitements de qualité et de l'accès aux soins de support** » (13).

Dans un rapport de **Février 2009**, le Pr Grünfeld parle largement du rôle du généraliste en lui consacrant un chapitre intitulé « **Le médecin traitant pivot du parcours de soins, et la coordination ville-hôpital** » (27). Il préconise « d'impliquer les médecins traitants pour qu'ils accompagnent les malades atteints de cancer ». Il préconise également de « développer l'offre de formation continue en cancérologie au bénéfice des médecins de premier recours ».

**Le Plan Cancer 2009-2013** vise à une meilleure intégration et participation du médecin traitant dans la prise en charge des patients atteints de cancer via *la mesure 18*. Il renforce ainsi son rôle à tous les moments de la prise en charge, du dépistage aux soins palliatifs (2).

Le médecin traitant, dont le rôle de pivot a été confirmé dans **l'article 36 de la loi HPST du 21 Juillet 2009** (15), est donc un acteur ambulatoire essentiel de la prise en charge et doit être mieux associé au parcours de soins afin de disposer de tous les éléments pour assurer une prise en charge globale de qualité.

**Le plan cancer 2014-2019** (3) insiste davantage sur le rôle du médecin généraliste dans le dépistage (*objectif 1*) et préconise l'amélioration de la coordination ville-hôpital (*objectif 2f*).

#### I.1.4. 2. Ce que dit la littérature

Un article datant de 2009 avait pour but de mieux comprendre la place des médecins généralistes dans la prise en charge du cancer en France (28). On retrouve **qu'ils s'impliquent davantage dans la politique de dépistage et de démarche diagnostique**. Ensuite, « ils passent la main » aux spécialistes. Cependant, ils restent actifs pour un patient sur deux au cours du suivi : 45% d'entre eux prescrivent des traitements si besoin. Partager le suivi, c'est aussi **s'impliquer en cas d'évolution favorable de la maladie et assister à la fin de vie à domicile** pour 33% des médecins généralistes interrogés. Cela « fait partie du boulot » selon eux.

Dans une enquête réalisée par La Ligue contre le cancer en 2008, les médecins généralistes se sentaient **moins impliqués dans les décisions et le suivi des traitements** (Annexe n°2) (29).

On retrouve cette même idée dans la thèse du Dr Couraud Laouisset : ils se sentaient impliqués à tous les stades de la maladie sauf au moment des décisions thérapeutiques où seulement 11,6% d'entre eux se sentaient impliqués (28).

En 2010, une enquête postale a été réalisée en Champagne et dans le département de l'Aisne auprès de 1 957 médecins généralistes (30). Ils ont ainsi précisé la place qu'ils souhaitaient occuper dans la prise en charge du patient atteint de cancer : dépistage et prévention, diagnostic précoce et orientation du patient, suivi per et post- thérapeutique et accompagnement palliatif. **Dans différents pays européens**, des études traitent de la place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient atteint de cancer (30). Bien que les systèmes de santé et les parcours de soins soient différents, son rôle est globalement le même (30). Son rôle central tout au long de la maladie, et notamment dans le domaine des soins de support, est mis en évidence dans des

études réalisées en Angleterre, en Norvège et en Suède (30). Au Danemark et aux Pays-Bas, on retrouve le rôle important du médecin généraliste dans les soins palliatifs à domicile où il occupe la place de « key worker », notamment dans la coordination des différents intervenants (30).

Une enquête régionale intitulée « *les médecins généralistes : leur rôle dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer* » a été publiée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Lorraine en 2014 (31). 95% d'entre eux se déclarent surtout associés au dépistage et 65% au diagnostic. **Quatre fois sur cinq, le médecin généraliste est amené à voir son patient lors de la phase initiale des traitements pour un motif en lien avec le cancer dans 91% des cas.**

## I. 2. SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

### I.2. 1. Définition et concept

Dans l'article 1.6.2 de la circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie, les soins de support sont définis comme « **l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a** » (13). La définition française s'est inspirée de la définition anglo-saxonne du « supportive care » proposée en 1990 par la société internationale des soins de support en cancérologie, la MASCC : « **the total medical, nursing and psychosocial help which the patients need besides the specific treatment** » (17).

Ils comprennent différents champs d'application que nous détaillerons plus bas.

Ce sont des **soins personnalisés** qui tiennent compte de l'ensemble des besoins du patient et de son entourage **quel que soit le lieu de soin** (11). Leurs objectifs sont notamment d'offrir une **meilleure qualité de vie** tout au long du cancer, aussi bien sur le plan physique que sur le plan psycho-social (11). Les soins de support peuvent être proposés et mis en place tout au long de la prise en charge du cancer (11). Ils peuvent s'exprimer **à tous moments de la maladie** (17,32) : l'annonce du diagnostic, la phase curative, la phase palliative initiale et terminale ainsi que les malades guéris du cancer mais ayant des complications à long terme.

Il ne s'agit pas là d'une nouvelle spécialité (17) mais plutôt d'une **coordination de compétences différentes mais complémentaires** afin de prendre en charge la maladie mais aussi et surtout le patient et son entourage (11,33). Cette organisation peut prendre différentes formes (16,17,32), en établissement ou en ville, tout en tenant compte de l'ensemble des acteurs partout où se trouvent les malades afin que **la continuité et la globalité des soins** soient assurées. Il faut alors associer, autour du patient et de ses proches, le médecin traitant et tous professionnels du domicile (infirmières libérales ou Service de Soins Infirmiers à Domicile, HAD, réseaux de soins...) avec les professionnels de santé impliqués dans les traitements spécifiques au sein des établissements hospitaliers (11,16,17,32).

**La pluridisciplinarité** paraît donc ici essentielle mais insuffisante. En effet, l'esprit des soins de support est de faire travailler les différents professionnels de santé les uns avec les autres et non les uns à côté des autres (17). **L'interdisciplinarité permet donc de placer le patient au centre de la prise en charge** (17). Pour y parvenir, il faut veiller à la **bonne communication** entre les professionnels en mettant en place des outils pour assurer une prise en charge cohérente (16,33).

En conclusion, les soins de support permettent donc **une vision globale et continue** qui correspond aussi à **une vision plus humaine**, évitant des parcours « morcelés » et des phases où le patient se sent abandonné (Annexe n°3) (17).

## I.2. 2. Soins de support - supportive care

Il existe quelques différences entre l'approche française et l'approche anglo-saxonne.

La subtilité de la langue anglaise témoigne de l'oubli de la dimension de la personne humaine dans le concept « **to support** » qui correspond au **traitement des symptômes** aux dépens de la personne malade (34). En effet, le terme « supportive care » fait référence aux symptômes liés au cancer ou à ses traitements ainsi qu'aux propositions thérapeutiques pour les corriger (35). Ainsi, la Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) a élaboré plusieurs recommandations internationales concernant les traitements de support, comme par exemple la prise en charge des nausées/vomissements ou encore celle des mucites induites par la chimiothérapie (36,37). A partir des guidelines de la MASCC, l'Association Française des Soins Oncologiques de Support (AFSOS) émet des recommandations françaises que l'on retrouve

notamment sur le site « Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes » (38). L'American Society of Clinical Oncology (ASCO) a la même approche que la MASCC en regroupant sous le terme de « supportive care » les traitements de support tels que les facteurs de croissance hématopoïétiques ou encore les anti-émétiques (32).

**Les traitements de support sont un des champs d'application des soins de support mais ils ne résument pas à cela.** En effet, l'approche française fait référence à une approche plus globale et coordonnée dont découlent une organisation et un mode de prise en charge (11,16,17,32,33).

### I.2. 3. Intérêt des soins de support pour le patient

Tout d'abord, ils permettraient de **mieux prendre en compte le vécu psychologique et la situation sociale** du malade et de son entourage (7).

L'autre objectif de ces soins est bien de soutenir et d'**améliorer la qualité de vie des malades** en leur prodiguant des soins adaptés à leurs besoins (39,40).

De plus, ils permettraient également une **amélioration de la survie dans certains cancers**, notamment le cancer pulmonaire (41). Ainsi, les auteurs de l'article « early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer », publié dans le New England Journal of Medicine en 2010, ont étudié l'effet de l'introduction des soins palliatifs précoces, intégrés aux thérapies oncologiques, dans le cadre d'un cancer pulmonaire non à petites cellules métastatique (42). Cette étude de phase III a porté sur 151 patients atteints de cancers bronchiques non à petites cellules métastatiques, randomisés pour recevoir les soins oncologiques standards avec ou sans une prise en charge palliative associée. La prise en charge palliative était ici très précoce puisqu'elle était mise en place tout de suite au moment du diagnostic. Comparés aux patients pris en charge de manière standard, les patients suivis par les équipes de soins palliatifs présentaient à trois mois une amélioration statistiquement significative de la qualité de vie selon l'échelle Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung Trial Outcome Index (FACT-L TOI) (98,0 vs 91,5,  $p=0,03$ ) et une réduction des symptômes anxio-dépressifs selon l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (16 vs 38%,  $p=0,01$ ). Dans le groupe avec une prise en charge palliative précoce, la durée médiane de survie était significativement améliorée (11,6 mois vs 8,9 mois ;  $p=0,02$ ). Bien que les résultats soient limités

à un type de cancer et à un type de population sans prise en compte des comorbidités qui pourraient influencer le pronostic, l'intérêt de cette étude a été de valoriser la complémentarité des prises en charge et non d'opposer les approches curatives et palliatives.

Pour le patient, ils renforcent le sentiment de **prise en charge harmonieuse**. L'un des bénéfices de ces soins de support est ainsi d'éviter une rupture trop brutale entre phase curative et phase palliative qui génère une angoisse majeure et un sentiment d'abandon chez le patient (7,40).

Par ailleurs, cette **prise en charge globale et continue** pourrait permettre de mieux anticiper les risques de complications liés à la maladie ou à ses traitements (11). C'est pourquoi les soins de support sont d'autant plus importants chez la personne âgée atteinte de cancer (7).

#### 1.2. 4. Soins de support et médecin généraliste

Les différents plans cancers successifs ont permis de **mieux situer la place du médecin généraliste dans la prise en charge du cancer** avec une place toute particulière du fait de la connaissance globale du patient et de son entourage (1–3,43). Cette démarche est déclenchée en priorité par le médecin traitant (43). En pratique, l'évaluation initiale s'effectue en général plutôt en milieu hospitalier lors de la consultation d'annonce. Mais la **réévaluation précise et régulière des besoins dans les différents champs d'application des soins de support s'effectue par les équipes référentes du domicile** et les établissements hospitaliers (43). Le médecin généraliste évaluera notamment les besoins **en matière de support psychologique et de support social** (43). Ainsi, le patient doit avoir accès à des soins adaptés à ses besoins, **quel que soit le lieu de sa prise en charge**, et tout au long de sa maladie (17). Durant toute la prise en charge, la communication semble être essentielle afin de savoir quel professionnel a proposé quoi et à quel stade de la maladie (43). En cas de difficulté face à des besoins complexes, le généraliste contactera des professionnels de recours afin de solliciter un avis d'expert pour l'aider à résoudre la situation. Pour cela, il devra connaître les intervenants de proximité (43). En cas d'aggravation de la maladie, il sera amené à coordonner la prise en charge palliative au domicile (28).

Sa formation en soins de support paraît donc indispensable. **L'obligation de Formation Médicale Continue (FMC) ainsi que sa participation dans le suivi des soins oncologiques sont toutes les deux rappelées dans les trois plans cancer (1–3).** La répartition des rôles ainsi que la délégation de certaines tâches permettraient d'impliquer complètement le médecin généraliste dans la prise en charge afin de (43) :

- consolider le rôle de référent et maintenir la pratique de certains soins qui ne relèvent pas du cancérologue, ce qui est particulièrement vrai pour la population gériatrique
- faciliter le maintien à domicile, notamment lorsque le patient ne peut plus bénéficier de traitements curatifs ou lorsqu'il a une perte d'autonomie rendant les trajets difficiles

**D'autre part, la formation initiale et continue des soignants, y compris du médecin généraliste, aux soins palliatifs est inscrite dans la loi Claeys-Léonetti du 02/02/2016 (article 1) (44).**

Enfin, l'intervention d'une multitude d'intervenants expose au risque de morcellement, réel ou ressenti, de la prise en charge du patient (7). Pour éviter cela, les professionnels de santé doivent travailler ensemble autour d'un projet de soin centré sur le patient. Mais pour mener à bien cette tâche, **il faut un « chef d'orchestre », un référent**, facilement identifiable par les équipes soignantes et par la personne malade (7). Cette idée n'est pas proposée dans le modèle d'organisation des soins de support mais nous la retrouvons dans « *états des lieux et perspectives en oncogériatrie* ». **À domicile, le « chef d'orchestre » est le médecin traitant (7).**

**Beaucoup de personnes souhaiteraient décéder à domicile, aux côtés de leurs familles, mais c'est loin d'être toujours possible** à cause de l'état du patient, de ses préférences, des souhaits et capacités de ses proches et du médecin généraliste lui-même (45–49). Ce paradoxe se retrouve dans l'étude Trapado qui nous montre que le choix initial des patients était le domicile à 63 % et hôpital à 37 % ; l'affectation réelle a été domicile pour 56 % et hôpital pour 44 % ; le lieu de décès étant le domicile pour seulement 15 % et l'hôpital pour 85 % (45).

## 1.2. 5. Les principaux champs d'action des soins de support

**Les soins de support répondent à de multiples besoins** tels que la prise en charge de la douleur, de la fatigue, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, les troubles respiratoires, les troubles génito-urinaires, les troubles moteurs et les handicaps, les problèmes odontologiques, les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle et l'accompagnement de fin de vie (32). Nous ne les détaillerons pas tous ici.

### 1.2.5. 1. Douleur

La douleur concerne environ 75% des patients atteints de cancer évolué (40). La prise en charge de la douleur du patient atteint de cancer est **une des priorités inscrites dans le Plan Cancer 2003-2007** (mesures 42 et 43) **et le Plan Cancer 2009-2013** (mesure 19) (1,2).

**La douleur fait partie des symptômes ayant un impact négatif sur la qualité de vie des patients atteints de cancer** (50). **Toute douleur doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse** (40).

Selon la fiche conseils intitulée « soulager la douleur » réalisée par l'AFSOS, elle est provoquée par la maladie elle-même dans 70% des cas et elle est séquelle des thérapeutiques effectuées (douleurs post-opératoires, radiothérapie, chimiothérapie) dans 20% des cas (50).

Elle peut être également occasionnée par des examens paracliniques ou des soins médicaux. Ainsi, dans une étude réalisée par I. Krakowski en 1998 et renouvelé en 2004 (32), les ponctions veineuses/artérielles concernaient 86% des patients qui les considéraient douloureuses respectivement dans 10% et 30% des cas. Les gestes radiologiques concernaient 61% des patients. Enfin, les ponctions et biopsies concernaient 31% des patients mais elles étaient considérées comme douloureuses dans 30 à 50% des cas par le patient et dans deux tiers des cas par les soignants.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande d'utiliser les antalgiques selon une stratégie en trois paliers, d'administrer les antalgiques de manière préventive en plus de ceux donnés au moment de la crise, de réévaluer régulièrement son efficacité, d'informer le patient et son entourage des effets indésirables possibles (40). Ces recommandations permettent de soulager 80 à 90% de patients atteints de douleurs cancéreuses (40). En soins palliatifs, tristesse, angoisse et douleur sont souvent associées et il est bien difficile de faire la part des choses (40).

**La douleur impacte également la qualité de vie chez le sujet âgé (11).** La prise en charge des malades souffrant de troubles cognitifs est difficile tant sur le plan de l'évaluation que sur celui de la thérapeutique (11). Une mauvaise analgésie du malade âgé favorise le risque de déclin cognitif ou de dépression et réduit aussi significativement l'autonomie fonctionnelle (11).

### 1.2.5. 2. Nutrition

**La dénutrition** et la perte de poids sont fréquemment associées à la pathologie cancéreuse et/ou à ses traitements (11), et cela en **aggrave la morbidité et la mortalité (7,11,32)**. Ainsi, selon l'étude de Dewys, la survie est diminuée chez les patients amaigris quel que soit le type de la tumeur (32). En revanche, la fréquence de cette dénutrition est variable en fonction du type de néoplasie : un tiers des patients atteints d'une tumeur digestive, notamment gastrique et pancréatique, présentent un amaigrissement de plus de 10% au moment du diagnostic (32).

L'évaluation de l'état nutritionnel doit donc être systématique et constitue la première étape en vue d'une prise en charge adaptée (11).

**L'évaluation de la dénutrition repose essentiellement sur trois critères qui sont associés à une augmentation de la morbidité et de la mortalité (32) :**

- perte de poids supérieure à 10% en six mois (ou 5% en un mois)
- indice de masse corporelle ( $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$ ) inférieur à 18.5
- albuminémie < 30g /l

Selon les recommandations professionnelles de la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme émises en 2012 (51), la prescription systématique de Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) n'est pas recommandée (avis d'experts). En cas de prescription de CNO, il est recommandé d'associer à cette prescription un conseil diététique personnalisé (grade B). Concernant la place de la nutrition artificielle chez les patients atteints de cancer (51) :

- *en chirurgie*, une nutrition artificielle est recommandée en pré-opératoire (grade A) et en post-opératoire (grade B) chez les patients dénutris dont la chirurgie est à risque élevé de morbidités, la voie entérale devant être privilégiée
- *lors d'un traitement curatif par radiothérapie*, l'indication de la nutrition artificielle par voie entérale sur sonde nasogastrique est recommandée lorsque les apports oraux

restent insuffisants (< 2/3 des besoins) (avis d'experts). Dans tous les cas, la nutrition parentérale n'est pas recommandée (avis d'experts)

- *lors d'un traitement curatif par chimiothérapie*, la nutrition artificielle systématique n'est pas recommandée si l'état nutritionnel et/ou les ingesta restent satisfaisants (grade A). En cas de nécessité, il faut privilégier la voie entérale (avis d'experts)
- *lors des situations palliatives ou palliatives avancées*, la mise en route d'une nutrition artificielle n'est pas recommandée si l'espérance de vie du patient est inférieure à 3 mois et si l'atteinte fonctionnelle permanente est sévère (indice de Karnofsky  $\leq$  50%) (avis d'experts)

**Enfin, tout comme la douleur, la dénutrition a un impact négatif sur la qualité de vie (32) et d'autant plus chez le sujet âgé chez qui elle est un facteur essentiel de fragilité** : elle augmente le risque de troubles cognitifs, de perte d'autonomie fonctionnelle notamment des capacités de marche liées à une amyotrophie avec un risque accru de chute, de déficience du système immunitaire avec une augmentation des infections opportunistes, de troubles de l'humeur (11).

### 1.2.5. 3. Effets secondaires des traitements

Nous détaillerons ici **la toxicité hématologique des chimiothérapies** : problème important car c'est l'un des principaux facteurs limitants lors de la prise en charge spécialisée (32).

Dans ce contexte, l'incidence de **l'anémie** est relativement élevée (32). La prise en charge repose sur la transfusion de concentrés de globules rouges et sur l'érythropoïétine (EPO). Plusieurs études de phase III ont montré qu'une correction de l'anémie entraîne donc une amélioration de la qualité de vie chez ces patients (32).

**La neutropénie** peut être à l'origine de complications infectieuses sévères, d'une augmentation des coûts des soins et du taux de décès (11,32). Les facteurs de croissance hématopoïétiques ont véritablement transformé le pronostic des neutropénies fébriles (32). En oncologie, l'utilisation de facteurs de croissance en prophylaxie primaire / secondaire ou encore à visée curative a fait l'objet de recommandations par l'ASCO (32). Son utilisation dépend de la nature de la chimiothérapie et des caractéristiques du patient (11). Il existe une diminution de la qualité de vie lors des épisodes de neutropénie associée à la fatigue et l'isolement social (32).

En ce qui concerne **les thrombopénies**, il n'existe pas de facteurs préventifs, la seule option thérapeutique étant la transfusion de concentrés plaquettaires (32).

Les données de la littérature montrent que le risque de toxicité médullaire augmente de façon significative après 65 ans (32). **Cette toxicité est particulièrement notable chez les patients âgés**, amenant très fréquemment à réduire les posologies ou à espacer les cures. Plusieurs études prospectives, notamment dans le traitement du lymphome, ont montré qu'il existait un risque de neutropénie fébrile supérieur à 50 % après 65 ans (32). Ce risque peut ainsi être diminué de moitié avec l'utilisation de facteurs de croissance granulocytaires.

La prévalence de l'anémie augmente également avec l'âge, touchant près de 20 % des sujets âgés de plus de 80 ans dans la population générale (32). Elle est responsable d'un accroissement de la mortalité, de décompensations cardiovasculaires et de chutes.

#### 1.2.5. 4. Souffrance psychique

**La survenue d'une maladie grave** en général et du cancer en particulier, est un événement potentiellement déstabilisant et **angoissant pour le patient et sa famille**.

Paradoxalement, elle reste encore trop sous-estimée et banalisée car elle est considérée comme un phénomène réactionnel face au cancer (52). Pourtant, **son retentissement sur la qualité de vie des patients est majeur** (52). Ainsi, la comorbidité dépressive associée au cancer augmente la durée d'hospitalisation, la durée des consultations, le coût de la maladie et accroît la probabilité de passage à l'acte suicidaire (52).

Classiquement, l'association pharmacologique et psychothérapeutique a été recommandée par les guidelines (52). Toutefois, aucun des deux traitements n'a démontré d'effet positif sur le pronostic du cancer (52).

**La dépression de la personne âgée est un facteur de risque de morbidité mais aussi d'altération de la qualité de vie, ainsi que d'une augmentation de la mortalité non-liée au suicide** (11).

### 1.2.5. 5. Difficultés sociales

**Le plan cancer 2009-2013** affiche une volonté forte de renforcer et d'améliorer l'accompagnement social : « le cancer est souvent vécu comme une rupture physique et morale et peut aboutir à la remise en cause de la vie sociale. L'accompagnement social constitue un élément essentiel de la qualité de vie des malades tout au long de leur parcours de soins, dès l'annonce de la maladie, pendant le cancer et après la guérison » (2).

**L'importance du support social chez le malade âgé atteint de cancer augmente actuellement** du fait que le traitement des cancers se fait de plus en plus en ambulatoire (12). Le patient ainsi que ses proches doivent **gérer les effets secondaires des traitements en plus de gérer la maladie** (7). Le stress de l'aidant ne tient donc pas seulement à la maladie et à son pronostic mais aussi et surtout à la dépendance qui peut s'installer et qu'il va devoir compenser (7).

Dans la population gériatrique, une augmentation du risque de mortalité en cas d'isolement socio-environnemental a été rapportée (7,11).

Il semble indispensable de prendre en compte la situation sociale et économique des malades âgés, d'évaluer leurs besoins ainsi que ceux de leurs aidants pour leur apporter les aides nécessaires (7).

### 1.2.5. 6. Soins palliatifs

Certains professionnels impliqués dans la gestion des soins palliatifs ont fait part de leur crainte devant la naissance de cette nouvelle organisation que sont les soins de support (53–55).

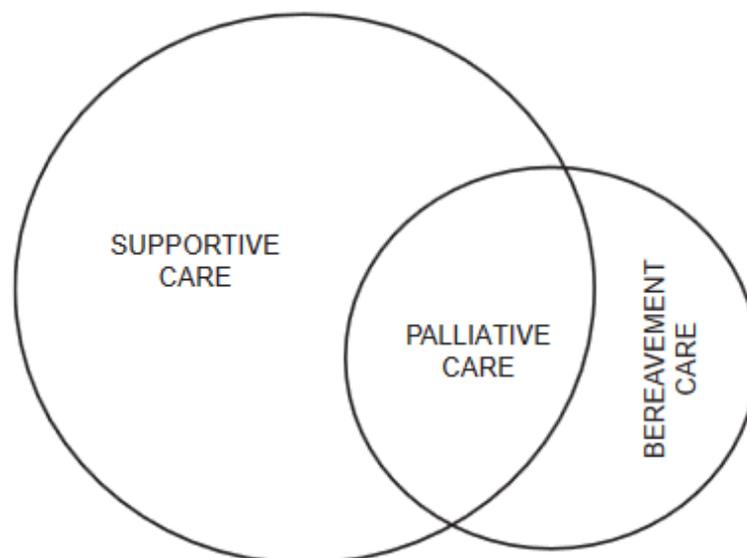
Les soins palliatifs se définissent comme « **des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri-professionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée (...)** les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à

**leur famille et à leurs proches** » (56). Leur définition ne semble pourtant pas aller à l'encontre de l'esprit des soins de support. Alors pourquoi cette crainte ?

**Dès 2004**, il existe la crainte de voir reléguer les soins palliatifs à la toute fin de vie (54). Ainsi, il est recommandé de ne pas les réduire à cela. Il existe également une crainte vis-à-vis de leur création alors que l'implantation des soins palliatifs reste encore insuffisante et fragile : le concept et la place des soins palliatifs sont encore loin d'être acquis (54).

**En 2007**, le Dr Godefroy Hirsch publie une lettre ouverte pour dénoncer « des dérives visant à remplacer les soins palliatifs par des soins de support (..) constatées sur le terrain » (53).

Cependant, **les divergences semblent minimes** étant donné leur vision éthique commune (53,57). Bien que les compétences des soins de support soient beaucoup plus larges et plus étendues dans le temps que celles des soins palliatifs (58), les deux définitions se chevauchent largement selon I. Krakowski (39). Les soins palliatifs correspondent en réalité à un des champs d'application des soins de support.



**FIGURE 1** : Relations between supportive care and palliative care.  
Propositions of the National Council for Hospice and Specialist Care Services (UK) (79)

Ces deux approches se rejoignent autour de l'**approche globale centrée patient** et sur la **qualité de vie** (40,55,56). Ces deux approches ne semblent finalement pas opposées si la « dimension palliative » fait bien partie des soins de support afin d'éviter un morcellement de la prise en charge et un sentiment d'abandon pour le patient.

Les soins de support permettraient d'éviter une rupture brutale entre les soins curatifs et les soins palliatifs, et ce d'autant plus en oncogériatrie (7).

## I.2. 6. Organisation locale des soins de support

Cette partie a pu être réalisée grâce aux documents et sites officiels mais également et surtout grâce aux contacts téléphoniques que nous avons obtenus avec les différentes structures.

Outre le médecin généraliste, il convient de citer un autre acteur clé de la continuité des soins de support dans le temps et dans l'espace : **les infirmières libérales**. Au niveau du Grand Lyon, il existe notamment **28 Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)** (Annexe n°4) (59). Ce sont des services sociaux et médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base (60).

### I.2.6. 1. L'Equipe Mobile des Soins de Support de Soins et Santé

Une équipe de soutien spécialisée dans les soins de support et **se déplaçant chez les patients à leur domicile** existe au niveau du Grand Lyon. C'est l'Equipe Mobile de Soins de Support (EMSS) de Soins et Santé, créée en 2012. Cette équipe se compose d'un médecin, de deux infirmières, d'une psychologue et d'une secrétaire. Elle permet aide et soutien aux prises en charge complexes à domicile concernant des pathologies graves et évolutives :

- **pour le médecin traitant et les équipes soignantes :**
  - conseil thérapeutique dans les soins de support : douleur, nutrition
  - formation et information
  - mise à disposition d'outils d'évaluation et de suivi

- soutien et aide décisionnelle, concertation pluridisciplinaire
- aide à la coordination des acteurs médico-sociaux
- **pour le patient et ses proches :**
  - évaluation globale physique, psychologique et sociale
  - dépistage des besoins et anticipation des risques
  - soutien et accompagnement

### 1.2.6. 2. Le centre régional de lutte contre le cancer : Centre Léon Bérard

Il propose un guichet unique qui permet de limiter les démarches et de rassembler les informations. On le connaît sous le terme de **Département Interdisciplinaire de Soins de Support du Patient en Oncologie (DISSPO)** qui a fêté ses dix ans d'existence le 04/02/2016.

Au sein de ce DISSPO, on retrouve des unités de psycho-oncologie, de lutte contre la douleur et d'accompagnement - soins palliatifs, un service social, une équipe nutritionnelle, des kinésithérapeutes et les bénévoles du Centre Léon Bérard (CLB). Depuis 2013, il existe également une infirmière référente « plaies et cicatrisation » à mi-temps au sein du DISSPO qui se déplace dans les services du centre. Elle a également une consultation « plaies chroniques » chaque mardi après-midi pour les patients suivis au CLB. Les besoins tels que la douleur, la diététique ou la psycho-oncologie sont évalués et pris en charge lors de consultations externes, sur rendez-vous, dans le nouveau bâtiment dédié aux soins ambulatoires ouvert début 2013. L'équipe « douleur » rencontre les patients soit de manière régulière, soit ponctuellement pour un conseil. Ces consultations durent 30 à 45 minutes et sont parfois communes avec les psychologues.

Pour organiser la prise en charge ambulatoire des patients suivis au CLB, il existe **le Département de Coordination de Soins Externes et des Interfaces (DCSEI)** qui comprend (61) :

- un service de coordination chargé de repérer les patients dans les services et de les aiguiller vers une alternative à l'hospitalisation classique
- une structure tournée vers les prises en charge à domicile, comprenant : l'Hospitalisation A Domicile (**HAD**), l'unité de Soins A Domicile (**SAD**) et le réseau Ville-Hôpital, appelé aussi **« réseau SOURCE »**

- une structure interne à l'hôpital : l'Unité de Gestion des Entrées Imprévues (**UGEI**) qui accueille les patients pris en charge à domicile en cas d'urgence, et le service de post-urgence qui propose une hospitalisation aux patients accueillis à l'UGEI et ne pouvant pas retourner au domicile le soir

### I.2.6. 3. L'hôpital public : les Hospices Civils de Lyon (HCL)

Dès 1996, les HCL ont créé une coordination en cancérologie qui est devenue en 2005 le **Centre de Coordination en Cancérologie**, autrement appelé le « **3C** ». Les actions du « 3C » sont mises en œuvre au sein de chaque groupement hospitalier via les équipes de proximité appelées les « 3C locaux ». Il en existe trois : Nord, Est et Sud. Ils sont composés de : médecins, attachés de recherche, infirmières, ainsi que d'un secrétariat et de psycho-oncologues.

**Une de leur mission est la gestion des soins de support et notamment d'en faciliter leur accès.**

Il existe des consultations « douleur » sur chacun des différents sites des HCL. De plus, chaque groupement hospitalier possède un service social et un service diététique. Les diététiciennes interviennent sur prescription médicale, après évaluation nutritionnelle par le médecin. Chaque service propose de la kinésithérapie et parfois de l'ergothérapie comme par exemple en service de Soins de Suite de Réadaptation (SSR). D'autres soins de support sont proposés dans les espaces ligues des différents secteurs hospitaliers et sont financés par le biais des associations de la Ligue contre le cancer (Annexe n°5). Ils sont proposés aux patients hospitalisés mais aussi aux patients revenant régulièrement à l'hôpital dans le cadre de leur traitement. Les locaux sont partagés entre les intervenants des différentes activités.

Par ailleurs, il existe deux Espaces Rencontres Informations (ERI) afin d'améliorer l'information aux malades et à l'entourage autour de réunion-débat et atelier : ERI CLB et ERI à Lyon-Sud.

Lorsque les patients ne sont plus hospitalisés, différents soins de support gratuits sont à leur disposition au Comité de la Ligue contre le Cancer du Rhône à Lyon 6<sup>ème</sup> : yoga, art-thérapie, ateliers d'écriture / d'expression théâtral / de jeu de mémoire.

Dans tous les cas, **c'est au malade de se déplacer** soit aux espaces ligues, soit au comité régional, ce qui peut éventuellement poser problème pour les patients âgés en perte d'autonomie.

**Une autre mission du « 3C » est de développer l'interface ville-hôpital.** C'est pourquoi une coordination ville-hôpital, créée en 2010, assure la continuité des soins lors du retour à domicile. Cette équipe de coordination se compose de cinq infirmières coordinatrices et d'une assistante sociale supervisées par une cadre de santé. Ces infirmières coordinatrices se répartissent sur trois sites : deux au Sud, deux à l'Est et une au Nord. L'assistante sociale intervient pour les patients de Lyon-Sud et ceux de l'hôpital Pierre Wertheimer - Louis Pradel à l'Est. Elles interviennent dans le suivi des patients à domicile, de la phase curative à la phase palliative, en relation avec les médecins traitants et l'HAD.

**Une de leurs missions est d'évaluer et de coordonner les soins de support.**

**Ces infirmières coordinatrices ne se déplacent pas à domicile.** Elles ne peuvent pas prendre en charge tous les patients atteints de cancer sur chaque site. Elles les prennent donc en charge en fonction de la complexité des traitements proposés et de critères de fragilité médicaux et psychosociaux proposés par l'INCa, comme par exemple l'âge. Le premier entretien peut s'effectuer au cours d'une hospitalisation classique, en hôpital de jour ou parfois par entretien téléphonique. Le suivi consiste en une prise en charge téléphonique régulière (une fois par semaine pour l'infirmière coordinatrice sur l'hôpital Pierre Wertheimer - Louis Pradel). Il existe des protocoles pour chaque symptôme (douleur, toux, expectorations, dyspnée...) ainsi que la conduite à tenir en fonction de la grille d'évaluation. En général, elles avertissent le médecin hospitalier référent qui oriente sur le lieu de la prise en charge. D'autre part, elles participent à des **réunions de plateforme de coordination ville-hôpital** une fois tous les 15 jours où se réunissent les référents hospitaliers et l'équipe ambulatoire. Par exemple, à l'hôpital de la Croix-Rousse, on retrouve : les hépato-gastro-entérologues, l'infirmière d'annonce, l'assistante sociale du service concerné, l'équipe mobile de soins palliatifs de la Croix-Rousse, une infirmière de l'HAD et une infirmière de l'EMSS. Au cours de ces rencontres, l'infirmière coordinatrice de l'équipe 3C Nord présente les patients hospitalisés pour lesquels le retour à domicile va être compliqué. Un second temps est consacré aux patients suivis en ambulatoire par l'HAD et l'EMSS. « Ce temps est l'occasion de prendre des nouvelles de nos patients à domicile et de leur montrer que l'hôpital ne les abandonne pas » m'a confié l'infirmière coordinatrice du 3C local du Nord. Les entretiens téléphoniques réguliers avec les patients ainsi que ces réunions de plateforme de coordination ville-hôpital permettent de maintenir le lien.

**En revanche, l'assistante sociale se déplace à domicile** dans le cadre de situations complexes où la situation semble difficile à évaluer. Elle intervient aussi à domicile pour les patients sous chimiothérapie orale. Toutefois, son périmètre d'action est réduit aux patients suivis **sur le Centre Hospitalier Lyon-Sud (CHLS) et l'hôpital Pierre Wertheimer - Louis Pradel** pour l'instant.

Comme nous l'avons déjà vu dans la première partie, l'oncogériatrie, travail d'équipe, nécessite une prise en charge carcinologique associée à une évaluation gériatrique multidimensionnelle. L'évaluation gériatrique initiale d'un sujet âgé atteint de cancer est essentielle afin de pouvoir mettre en place une prise en charge appropriée et personnalisée avec des soins de support. Ils doivent être intégrés le plus tôt possible, dès la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), des Réunions de Concertations OncoGériatriques (RCOG) ayant lieu à l'Hôpital Edouard Herriot (HEH) une fois par mois le vendredi matin et une fois par semaine le mardi soir et au CHLS une fois par semaine le jeudi matin (62). Au niveau régional, l'Unité de Coordination en Oncogériatrie (UCOG) Rhodanienne est coordonnée par le Dr Catherine TERRET, oncologue médicale au Centre Régional de Lutte contre le Cancer Léon Bérard et le Dr Gilles ALBRAND, gériatre à l'Hôpital Antoine Charial (63). Trois équipes sont chargées des missions de l'UCOG et sont composées d'une infirmière coordinatrice, d'un médecin gériatre et d'un médecin oncologue médical sur trois sites (HEH, CHLS, hôpital Antoine Charial en collaboration avec le Centre Léon Bérard) (63). Ces trios sont les piliers de l'évaluation globale des patients âgés atteints de cancer : il y a un temps médical d'annonce puis une consultation avec l'infirmière coordinatrice, ces deux consultations s'enchaînant l'une à la suite de l'autre comme par exemple à Lyon-Sud afin d'éviter de multiplier les trajets. Il faut enfin souligner le rôle important de l'infirmière coordinatrice en oncogériatrie de Lyon-Sud dans le développement de l'éducation thérapeutique pour les chimiothérapies orales.

#### 1.2.6. 4. L'hôpital privé au travers de deux exemples

A l'Hôpital St Joseph St Luc, il n'y pas d'équipe dédiée soins de support mais **c'est l'équipe des « 3C » qui les prend en charge** au sein de l'établissement. Cette équipe est composée d'un médecin, d'une infirmière d'annonce, de deux diététiciennes, d'une psychologue et d'une secrétaire. Ses membres se réunissent environ une fois par mois. Elle est financée par le budget de l'hôpital et par des fonds alloués pour la recherche. Elle est en général sollicitée par

l'oncologue référent du patient. En cas de situation difficile, le médecin de cette équipe peut alerter un des autres membres via l'informatique grâce à la fiche « *alerte soins de support* ». Ainsi, l'infirmière d'annonce revoit environ 50% des patients vus par le médecin. Enfin, La Ligue contre le cancer du Rhône finance une association « Rhône et Sens » qui propose gratuitement aux patients hospitalisés des soins de socio-esthétique et des séances d'Activité Physique Adapté (APA).

A l'Hôpital Privé Jean Mermoz, il existe **une équipe de soins de support dédiée** et composée de : deux infirmières pour la consultation douleur, deux kinésithérapeutes, deux psychologues à 50% équivalent à un temps plein, une diététicienne, une assistante sociale, un ostéopathe à 20%, une socio-coiffeuse et une socio-esthéticienne. Des cours de yoga sont également proposés. Cette équipe se compose également de six infirmières d'annonce sur un poste à temps plein, d'une infirmière coordinatrice à 80% et d'une infirmière pour l'Education Thérapeutique Patient (ETP) dans le cadre du cancer colo-rectal métastatique un jeudi sur deux. Le financement de ces soins de support est assuré par une association privée.

La consultation d'annonce comporte deux temps bien distincts : un temps avec l'oncologue référent *puis* un temps avec l'infirmière d'annonce qui présente l'équipe de soins de support et qui détecte ce dont le patient a besoin. Pour cela, l'infirmière d'annonce se base sur des critères de fragilité (type de cancer, choix du traitement, environnement psycho-social) afin de repérer les patients les plus vulnérables. Une fiche informatique « *orientation soins de support* » est alors créée et présentée au patient lors du début de son traitement. On lui remet également un guide personnalisé de soin où sera décrit son protocole de soin, ainsi que les effets secondaires potentiels et les conseils adaptés pour y faire face. En général, 3 jours après le début du traitement, c'est l'infirmière coordinatrice qui appelle le patient pour prendre des nouvelles. Son rôle est vraiment d'être à l'interface ville-hôpital, en lien direct avec les patients, afin d'accompagner le patient vulnérable tout au long de sa maladie. A la différence du DCSEI au CLB, l'infirmière coordinatrice de Mermoz n'assure pas l'organisation du retour à domicile. En effet, les médecins et en particulier leurs secrétariats font appel aux prestataires de service pour le retour à domicile. L'évaluation des besoins en soins de support intervient à tous les niveaux, notamment en ambulatoire, puisque le médecin généraliste ou l'infirmière libérale appelle l'infirmière coordinatrice de l'équipe en cas d'apparition ou d'aggravation d'un besoin.

**A noter que cette équipe de soins de support ne se déplace pas à domicile.**

### I.2.6. 5. La clinique au travers de deux exemples

A la Clinique de la Sauvegarde, il existe **différents types de soins de support proposés aux patients** : la prise en charge de la douleur, une psychologue, une diététicienne, une assistante sociale, une socio-esthéticienne, un ostéopathe, un hypnothérapeute, un réflexologue plantaire et un professeur de yoga. Ces soins sont financés par une association privée nommée SAUV-SANTE. Si l'assistante sociale, la diététicienne, la psychologue et le yoga sont des soins gratuits et illimités en nombre, il n'en va pas de même pour les autres soins de support qui sont limités à trois séances gratuites. L'infirmière d'annonce présente les différents soins de support existants et puis réévalue les besoins au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.

A la Clinique Charcot, il existe **différents soins de support proposés au patient** : une diététicienne, une assistante sociale, une psycho-oncologue, une socio-esthéticienne, un homéopathe (une demi-journée par semaine), des cours de yoga et d'APA. Ils peuvent être proposés aux patients hospitalisés comme aux patients à domicile suivis par un médecin de la structure. L'association privée de la clinique finance ces soins de support. Au moment de l'annonce, l'infirmière « d'accompagnement » remet à chaque patient une plaquette d'informations concernant les soins de support en les informant et en les orientant en fonction de leurs besoins. C'est ensuite au patient de prendre ses propres rendez-vous dans les domaines dont il a besoin. Il n'y a pas de suivi particulier organisé au niveau de ces soins de support. Cela dépendrait des médecins référents et de leurs pratiques.

### I.2.6. 6. Offre locale en matière de soins palliatifs

Les modalités de cette organisation en établissement sont établies par une circulaire de mars 2008 et relève d'un système gradé (64) :

- **lits identifiés de soins palliatifs (LISP)** au sein des services hospitaliers
- **les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)** dans certains établissements
- **les unités de soins palliatifs (USP)** pour des situations cliniques ou éthiques plus complexes

Concernant les LISP, la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) n'a malheureusement pas connaissance du nombre de lits dédiés aux soins palliatifs au niveau de notre région. Cependant, grâce aux sites officiels et aux entretiens téléphoniques réalisés, nous avons appris qu'il existe 3 LISP à la Clinique Charcot, 5 LISP à la Polyclinique de Rillieux et 20 lits à l'Hôpital Privé Jean-Mermoz.

Concernant **les EMSP, il en existe plusieurs** :

- Centre Léon Bérard
- Centre Hospitalier Lyon -Sud
- Hôpital de la Croix-Rousse, qui est une antenne de l'équipe de Lyon-Sud
- Hôpital Edouard Herriot
- Hôpital des Charmettes

Elles interviennent au sein de leurs établissements respectifs mais malheureusement pas à domicile alors même que les besoins sont grands.

L'EMSP du Centre Léon Bérard est composée de médecins, d'infirmières et de psychologues. Cette équipe suit les patients hospitalisés en allant directement les voir dans leurs chambres mais elle propose aussi des consultations externes. Ainsi, si le patient est à domicile, le suivi peut s'effectuer par échange téléphonique ou par consultation à intervalle régulier.

D'autre part, l'EMSP de l'hôpital des Charmettes se rend dans les hôpitaux avec lesquels la Croix-Rouge a signé une convention tels que l'Infirmierie Protestante, la clinique du Tonkin, la clinique du Val d'Ouest, l'Hôpital Privé Jean Mermoz, l'hôpital de Fourvière. Ainsi, on peut citer par exemple leur intervention le jeudi sur l'hôpital Saint-Joseph Saint-Luc. Elle effectue aussi des visites dans les EHPAD avec lesquelles elle a un partenariat.

Le Grand Lyon compte **trois USP** disposant chacune de **dix lits** :

- Centre Hospitalier Lyon-Sud
- Hôpital Edouard Herriot
- Hôpital des Charmettes

Enfin, des réseaux de soins palliatifs ont été créés pour ceux qui souhaitent retourner à leur domicile, transitoirement ou jusqu'au décès, aidant ainsi les médecins traitants à mieux contrôler les symptômes d'inconfort. Il faut souligner ici que « **Resonance** », réseau de soins palliatifs qui prenait en charge des patients de Lyon intra-muros, **a fermé depuis le 31/12/2015**.

**A domicile, l'HAD intervient dans les prises en charge des patients atteints de cancer en phase palliative.** Depuis 2006, il existe 2 HAD pour les adultes dans le Rhône (65) :

- l'HAD du CLB : elle comptait 68 582 journées en 2014, soit 2120 séjours par an, l'âge moyen étant de 59,45 ans
- l'HAD de Soins et Santé : elle comptait 107 353 séjours en 2014, soit 2448 séjours par an, l'âge moyen étant de 70,08 ans

Depuis le début d'année, on peut également préciser qu'un prestataire privé "**Prestation santé**" a récemment développé une offre médicalisée d'accompagnement en soins palliatifs.

## PARTIE II :

ENQUETE DE PRATIQUE

AUPRES DES

MEDECINS GENERALISTES

DU GRAND LYON

## II. 1. Matériel et Méthode

### II.1. 1. Choix du lieu de l'étude

Le Grand Lyon est situé dans le département du Rhône, au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Il comprend 59 communes, compte 1,3 millions d'habitants et s'étend sur 538km<sup>2</sup> (66).

Ce territoire a été choisi pour deux raisons principales :

- zone urbanisée, à proximité géographique des centres hospitaliers et avec des intervenants en ambulatoire à proximité du lieu de vie des patients
- zone étendue qui a permis de toucher le plus de médecins possibles via l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) et Soins et Santé

### II.1. 2. Les caractéristiques de l'étude

L'étude réalisée repose sur une étude épidémiologique déclarative, descriptive et évaluative.

Cette enquête de pratique concerne les médecins généralistes du Grand Lyon.

Elle a été réalisée sous forme d'un questionnaire électronique envoyé le 24/03/2016 par l'URPS et Soins et Santé. La période de l'étude a pris fin le 19/05/2016.

#### II.1.2. 1. Les objectifs de l'étude

Dans les textes de loi, le médecin généraliste apparaît comme le coordinateur du parcours de soins chez ces patients. La littérature nous apprend que les champs d'application des soins de support sont vastes et que la population gériatrique est hétérogène. La prise en charge de ces patients semble donc être complexe pour le médecin traitant car elle nécessite une multitude de compétences médicales et psycho-sociales à la croisée des disciplines que sont l'oncologie, la gériatrie et les soins de support - soins palliatifs.

L'objectif principal de ce travail de thèse est de décrire la façon dont les médecins généralistes du Grand Lyon prennent en charge les patients âgés atteints de cancer en phase palliative au domicile et de comparer aux données de la littérature.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- déterminer leurs connaissances et leurs utilisations des moyens d'aide existants
- connaître les difficultés rencontrées dans leurs pratiques quotidiennes
- identifier les facteurs déterminants de leurs prises en charge

Quels intervenants sollicitent-ils au cours de la prise en charge ? A quels problèmes sont-ils confrontés ? Quels sont les facteurs déterminant la prise en charge : facteurs de risques ou facteurs protecteurs face aux difficultés ? Les réponses à ces questions et l'analyse des résultats pourraient permettre de formuler des propositions visant à améliorer leurs pratiques.

## II.1.2. 2. Population de l'étude

Le médecin généraliste étant cité comme l'un des pivots du parcours du soin en matière de soins oncologiques de support, il paraît tout à fait légitime de l'interroger sur sa pratique au quotidien et sur les difficultés qu'il ressent, notamment au sein de la population gériatrique.

### II.1.2.2. 1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions de l'étude étaient :

- les médecins généralistes
- exerçant une activité libérale
- installés dans le Grand Lyon
- dont l'URPS et Soins et Santé possédait l'adresse mail
- durant la période du 24 Mars 2016 au 19 Mai 2016

### II.1.2.2. 2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusions de l'étude étaient :

- les médecins non généralistes
- les médecins exerçants hors du Grand Lyon

- les médecins généralistes remplaçants
- les médecins généralistes retraités
- les médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier
- les médecins généralistes faisant partie de la base de données de l'URPS et de Soins et Santé

## II.1. 3. Elaboration et envoi du questionnaire

### II.1.3. 1. Elaboration du questionnaire

Ce questionnaire a été élaboré en Janvier 2016 à partir de recherches bibliographiques.

Il a ensuite été sélectionné par l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes, lors d'une commission qui a eu lieu en Février 2016, pour être diffusé aux médecins généralistes du Grand Lyon en Mars 2016.

Il est composé de 26 questions réparties en 5 parties (Annexe n°6) :

- Caractéristiques des médecins généralistes (7 questions)
- Prise en charge médicale en ambulatoire (6 questions)
- Prise en charge psycho-sociale en ambulatoire (5 questions)
- Moyens d'aide à la prise en charge en ambulatoire (2 questions - 1 tableau à double entrée)
- Difficultés rencontrées par le médecin généraliste en ambulatoire (6 questions)

Concernant la question portant sur la prise en charge des soins de support chez les patients oncogériatriques en phase palliative, des annotations « explicatives » concernant la définition des soins de support, des patients oncogériatriques et de la phase palliative ont été choisies afin d'aider les médecins généralistes à répondre au plus proche de leur pratique.

Il a été choisi de demander le nombre de patients oncogériatriques pris en charge en termes de soins de support sur l'année 2015 afin de limiter le biais de mémorisation, 2015 marquant également l'essor de l'EMSS de Soins et Santé après trois ans d'existence.

En effet, si notre étude avait été faite en 2013 soit 1 an après la création de l'EMSS, nos résultats auraient sûrement été différents. Cette équipe de soutien est plus connue et plus utilisée aujourd'hui qu'à ses débuts.

L'âge de 70 ans a été retenu pour les patients oncogériatriques car les patients âgés susceptibles de bénéficier d'une réflexion oncogériatrique sont les personnes de plus de 70 ans atteintes d'un cancer (24), cette limite d'âge arbitraire n'étant que le reflet de la limite d'âge des inclusions dans les essais thérapeutiques, comme en témoigne l'étude nationale PREPARE actuellement en cours de réalisation (67).

La phase palliative a été choisie volontairement car le diagnostic de cancer chez le sujet âgé est bien souvent plus tardif (4,7,68) : au stade des complications ou encore au stade métastatique. Cela s'explique par le fait que le patient, l'entourage et/ou le médecin n'ont pas prêté attention à des signes cliniques considérés comme liés au vieillissement ou aux comorbidités (4,68). La découverte plus tardive du cancer chez la personne âgée peut également s'expliquer par :

- l'âge qui est en soit un facteur de prise en charge non-optimale (7)
- l'absence de dépistage de masse de certains cancer au-delà de 74 ans (4,7,24)
- le refus du diagnostic et/ou d'investigations complémentaires par le patient ou sa famille (4,7,21)
- la croyance que le cancer chez la personne âgée est d'évolution lente (68)
- la croyance des médecins et/ou des familles qu'il n'existe pas de possibilité thérapeutique chez le sujet âgé (4,7,21)

Pour chaque question, la plupart du temps, un nombre pair de possibilités de réponse a été utilisé afin d'éviter que le répondant ait tendance à cocher systématiquement l'item central. Les variables utilisées pour les réponses étaient des variables qualitatives à deux classes (réponse binaire) ou à plusieurs classes (réponse à choix multiple).

Du 15/02/2016 au 29/02/2016, le questionnaire a été testé auprès de trente médecins généralistes afin d'évaluer sa faisabilité.

Ces médecins généralistes ont été sélectionnés par connaissance directe ou indirecte (médecins travaillant ou ayant travaillé avec ma directrice de thèse, ami(e)s dont les parents sont médecins généralistes, internes de médecine générale en stage chez le praticien).

Un message d'accroche avec le lien pour le questionnaire « Google Form » leur a été envoyé par mail. Ce pré-test a donc été réalisé dans des conditions similaires à celles dans lesquelles le questionnaire final a été envoyé : même mode d'administration et population similaire.

Parmi les trente envois, il y a eu douze réponses soit un taux de réponse de 40%. Sur ces douze réponses, huit médecins généralistes prenaient en charge les soins oncologiques de support en phase palliative chez le sujet âgé tandis que quatre ne les prenaient pas en charge.

Ce pré-test m'a donc permis d'améliorer la fluidité du questionnaire, ainsi que sa clarté, la précision des questions posées et de raccourcir le temps mis pour le remplir afin d'obtenir mon questionnaire définitif (Annexe n°6).

### II.1.3. 2. Envoi du questionnaire

Un questionnaire informatique en ligne « Google Forms », créé à l'aide de « Google Drive », a été envoyé le 24/03/2016 aux médecins généralistes du Grand Lyon dont l'URPS et Soins et Santé possédaient les adresses mails. Les doublons ont ensuite été éliminés.

Au total, l'envoi a concerné 697 médecins généralistes du Grand Lyon dont 461 faisaient partis de la base de données de Soins et Santé.

Les secrétariats de l'URPS et de Soins et Santé se sont chargés d'effectuer eux-mêmes l'envoi du questionnaire afin de garantir la totale confidentialité de leurs bases de données. Ainsi, l'envoi a été réalisé le 24/03/2016 ainsi que les deux relances prévues avant et après les vacances de Pâques, le mercredi 6 avril 2016 et le mercredi 27 avril 2016, auprès de 697 médecins généralistes du Grand Lyon.

Le mail initial ainsi que les mails de relance contenaient tous un message d'accroche et le lien du questionnaire ci-dessous :

[https://docs.google.com/forms/d/1MVhOuzvwBndmyCJCFhJM9zOGpIGYcxQsmNxxwCk\\_zo5M/prefill](https://docs.google.com/forms/d/1MVhOuzvwBndmyCJCFhJM9zOGpIGYcxQsmNxxwCk_zo5M/prefill)

L'option en ligne « n'autoriser qu'une seule réponse par personne (connexion obligatoire) » n'a pas été sélectionnée car les utilisateurs auraient été obligés de se connecter à un compte Google pour consulter et remplir le formulaire ce qui aurait constitué un biais de sélection chez les médecins généralistes qui ne possèdent pas de compte Gmail. Les doublons ont par la suite été éliminés. L'analyse des résultats a été totalement anonyme.

## II.1. 4. Recueil et traitement des données

Les réponses au questionnaire envoyé par mail ont été automatiquement intégrées dans le logiciel Gmail sous forme d'un tableau de type Excel.

Parmi les répondants à notre questionnaire, seuls les médecins généralistes ayant déclaré prendre en charge les soins de support chez les patients âgés atteints de cancer en phase palliative ont été pris en compte dans l'analyse descriptive.

Les variables à plusieurs classes (réponses à choix multiples) ont ensuite été regroupées de telle façon à obtenir des variables binaires pour l'exploration de l'analyse secondaire.

Pour éviter de multiplier les tests statistiques et de réduire ainsi la puissance de l'étude, seules les variables les plus pertinentes du questionnaire ont été retenues afin de discuter l'association significative ou non avec les trois critères d'exposition suivants :

- la formation
- le mode d'exercice
- l'évaluation des soins de support

Pour comparer l'association de deux variables, le test du Chi 2 a été utilisé, une valeur  $p < 0,05$  étant considérée comme statistiquement significative. Pour les petits effectifs, moins de cinq, le test de Fisher a été utilisé dans certains groupes.

Dans la dernière partie du questionnaire, le questionnaire libre était trop hétérogène pour regrouper les idées en variables. Il a donc été utilisé pour la discussion.

## II.1. 5. Recherches bibliographiques

Elles ont été effectuées sur différentes bases de données :

- Pubmed, Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF), Système Universitaire de Documentation (SUDoc), Banque de Données en Santé Publique (BDSP), Google Scholar, Web of Science
- EM Premium, fond documentaire d'articles publiés dans les revues Elsevier Masson, et CAIRN.INFO qui est une base de données de publications de sciences humaines et sociales de langue française

Elles résultent de la consultation de :

- sites internet tels que : la Haute Autorité de Santé (HAS), l'INCa, UNICANCER, la Ligue contre le Cancer, l'AFSOS, Réseau Espace Santé - Cancer Rhône-Alpes
- revues telles que La Revue du praticien et le Journal d'OncoGériatrie (JOG)
- thèses faites sur la thématique dans d'autres régions françaises

Les termes et descripteurs MeSH avec la troncature (\*) ont été utilisés :

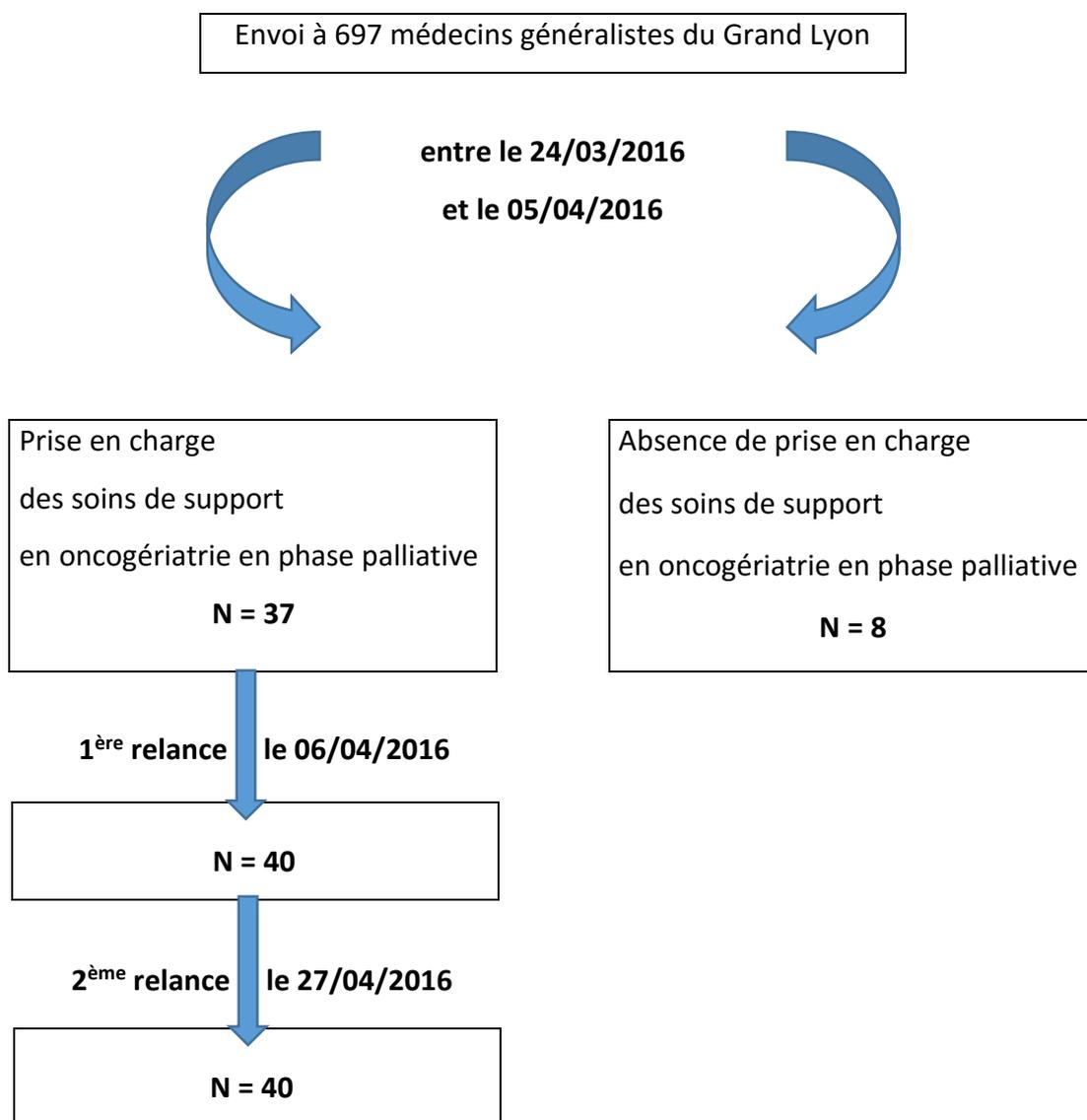
- *en français* : soins de support, médecin généraliste / médecine générale, personne âgée / gériatrie, cancer / oncologie / cancérologie, phase palliative / soin palliatif, coordination
- *en anglais* : oncology, geriatrics, general practitioners, supportive care, early supportive care, home nursing, quality of life

## II.2. Résultats

### II.2. 1. Taux de réponse

Au total, nous avons recueilli 48 réponses entre le 24/03/2016 et le 19/05/2016 alors que le questionnaire a été envoyé à 697 médecins généralistes du Grand Lyon.

Le taux de réponse global est donc de 6,88%.



**FIGURE 2** : Flow Chart

## II.2. 2. Caractéristiques des répondants

La répartition des répondants (N=48) en fonction du sexe s'effectue de la façon suivante :

- **26 répondants sont des hommes (54,20%)**
- 22 répondantes sont des femmes (45,80%)

La répartition de nos répondants (N=48) en fonction de l'âge est la suivante :

- 18 répondants sont âgés de moins de 40 ans (37,50%)
- **4 répondants sont âgés de 41 et 50 ans (8,30%)**
- 15 répondants sont âgés de 51 à 60 ans (31,30%)
- 11 répondants sont âgés de plus de 60 ans (22,90%)

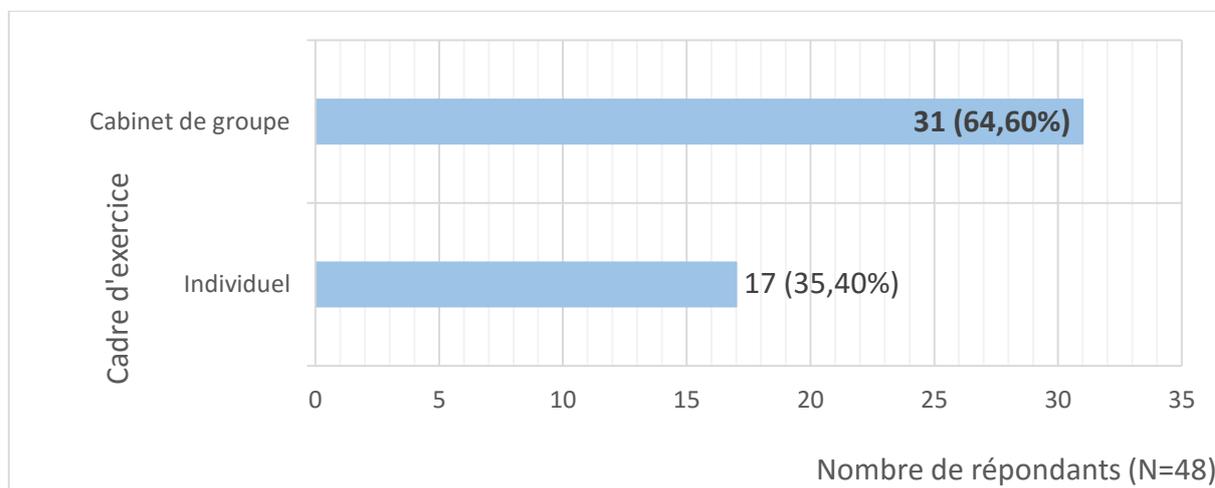
TABLEAU 1 : Répartition des répondants (N=48) en fonction du sexe et de l'âge

AGE	SEXE	
	Femmes	Hommes
< 40 ans	<b>11 (22,91%)</b>	7 (14,58%)
41 - 50 ans	3 (6,25%)	1 (2,08%)
51 - 60 ans	5 (10,41%)	<b>10 (20,83%)</b>
> 60 ans	3 (6,25%)	

On remarque que :

- 50,00% des femmes répondantes sont âgées de moins de 40 ans
- 69,23% des hommes répondants sont âgés de plus de 50 ans

On relève que la majorité de nos répondants exercent en cabinet de groupe, comme indiqué ci-dessous.



**FIGURE 3** : Répartition des répondants (N=48) selon le cadre d'exercice en médecine générale

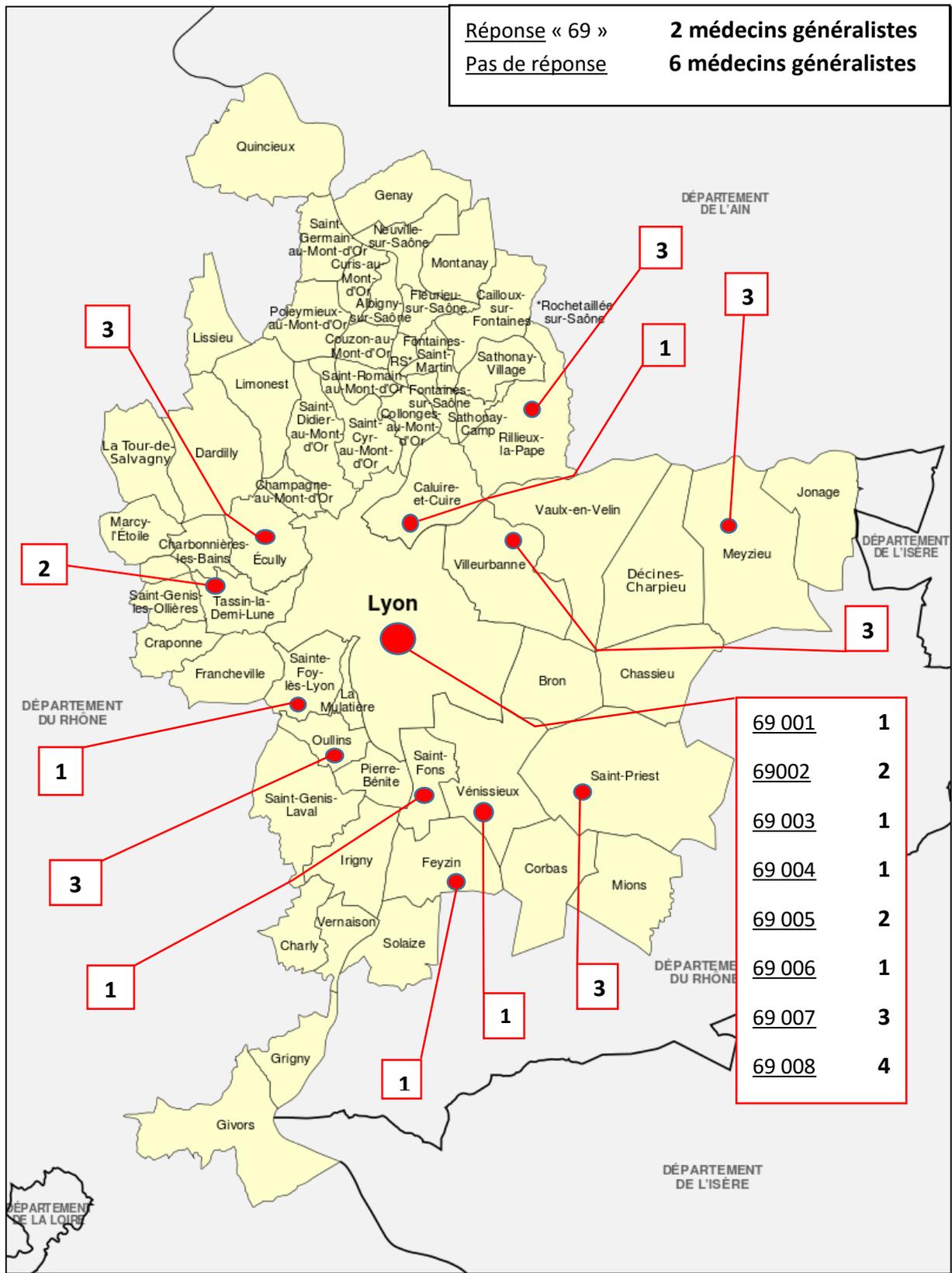
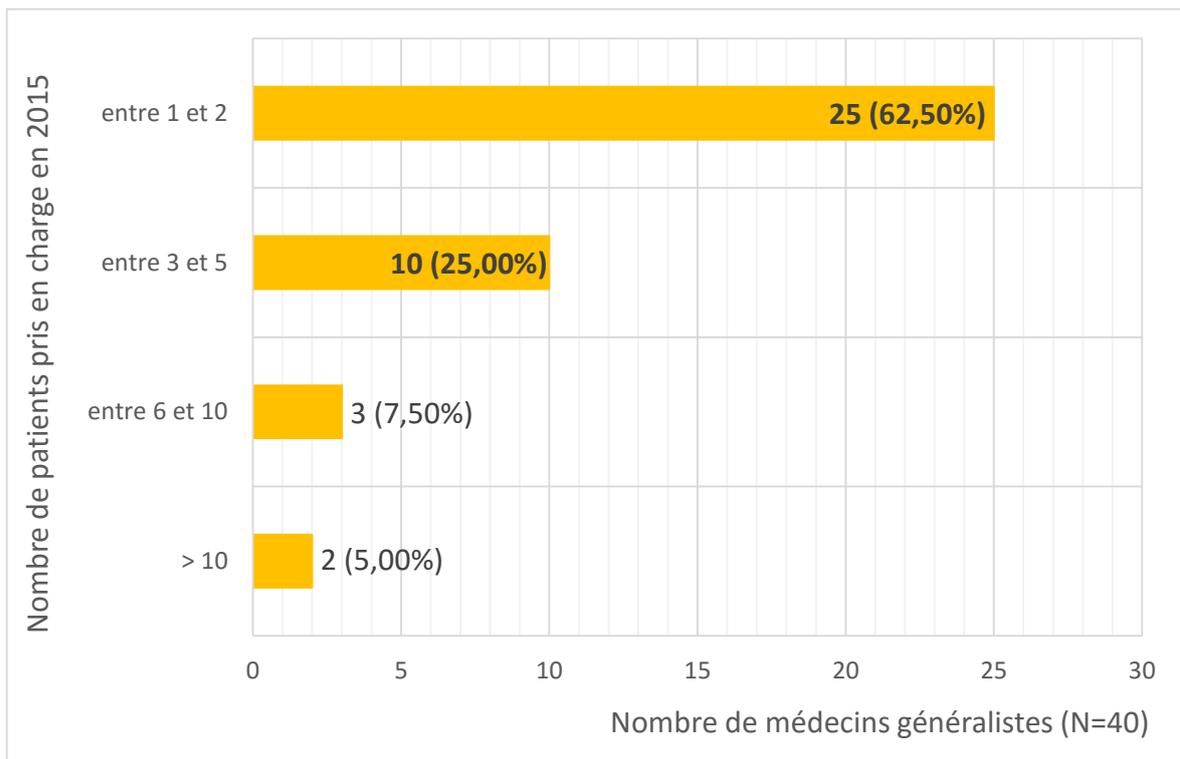


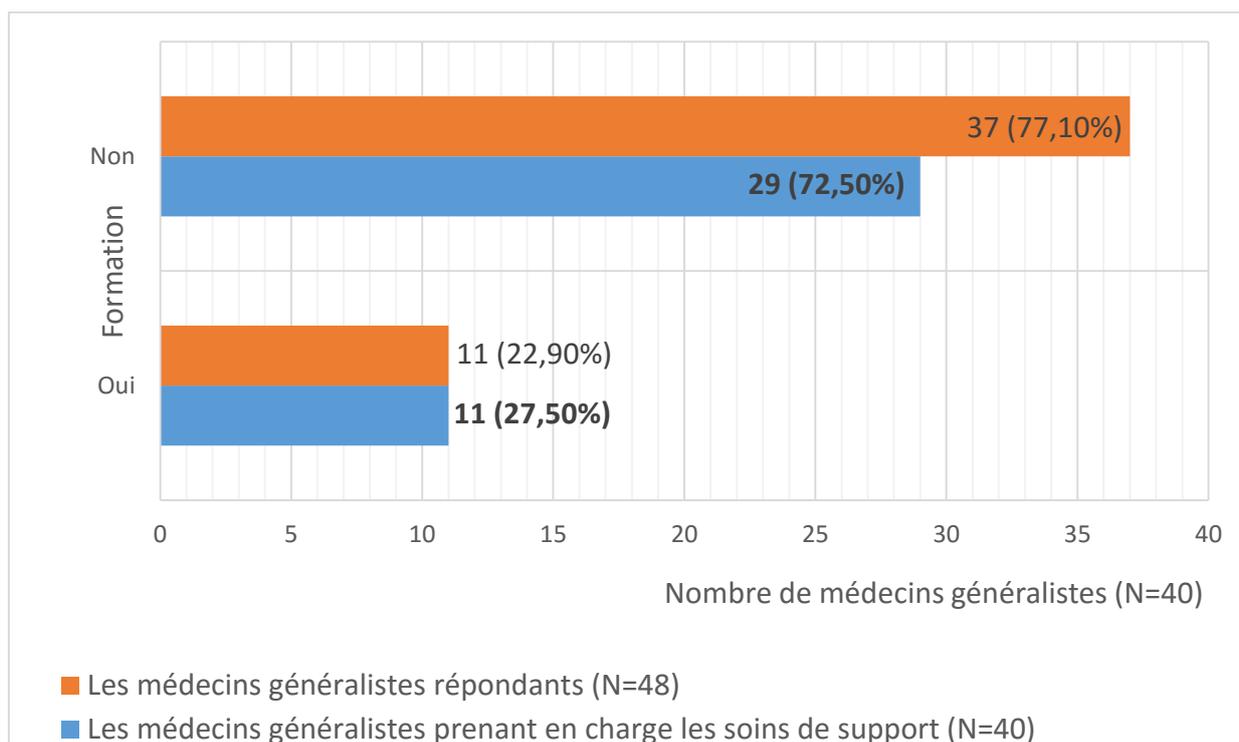
FIGURE 4 : Répartition des répondants (N=48) en fonction de leur code postal

La majorité des médecins généralistes du Grand Lyon ayant répondu à notre enquête prennent en charge des soins de support chez les patients oncogériatriques en phase palliative : 40 médecins généralistes sur nos 48 répondants, soit 83,30%.

Sur les 40 médecins généralistes les prenant en charge, **87,50% ont pris en charge entre un et cinq patient(s) en 2015** tandis que 12,50% en ont pris en charge six et plus.



**FIGURE 5** : Répartition des médecins généralistes prenant en charge les soins oncologiques de support en phase palliative chez les patients âgés (N=40) en fonction du nombre de patients pris en charge en 2015



**FIGURE 6** : Répartition des répondants (N=48) et des répondants prenant en charge les soins de support chez le patient âgé atteint de cancer en phase palliative (N=40) en fonction de la réalisation ou non d'une formation en lien avec la thématique

Parmi les onze médecins généralistes qui déclarent avoir effectué une formation en lien avec les soins de support, en oncogériatrie, en phase palliative :

- quatre déclarent avoir effectué une formation en soins palliatifs
- un déclare avoir effectué une formation en cancérologie avec l'Institut de Cancérologie des Hospices Civils de Lyon (HCL)
- un déclare avoir effectué une formation en gériatrie avec la capacité de gérontologie

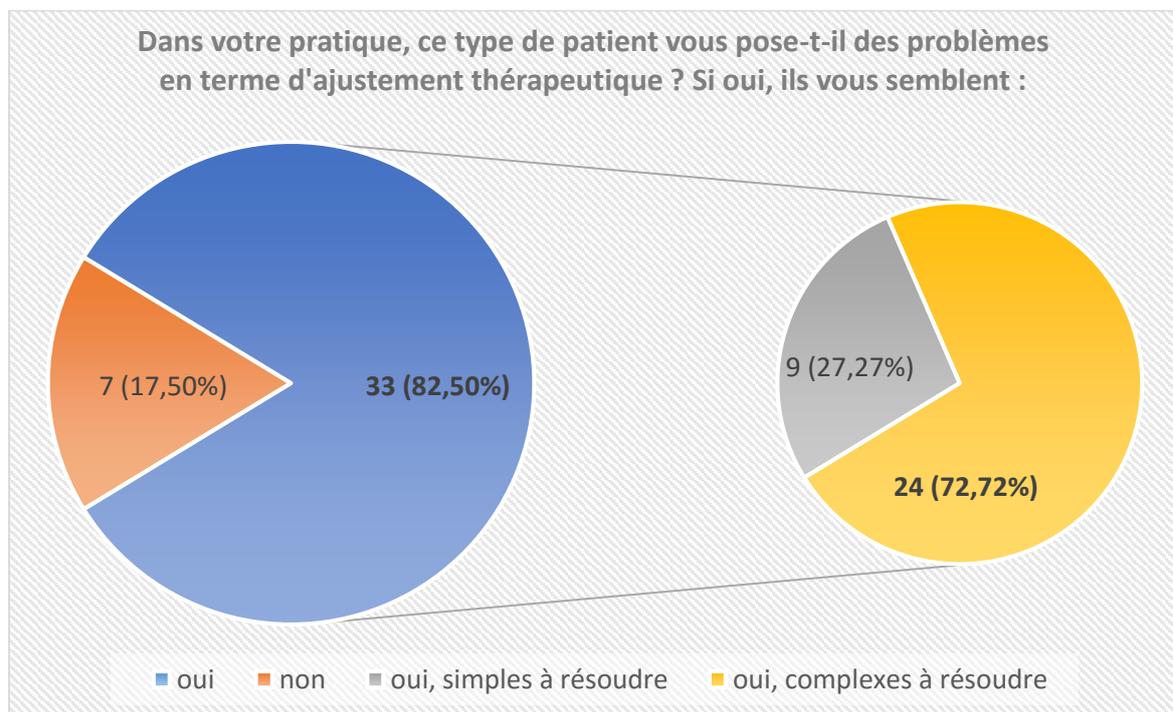
On soulignera le fait qu'un médecin généraliste a répondu « le DES de médecine générale ».

Quatre répondants ayant déclaré avoir déjà effectué une formation en lien avec la thématique, n'ont cependant pas précisé le type de formation dont ils ont pu bénéficier.

### II.2. 3. Prise en charge médicale en ambulatoire

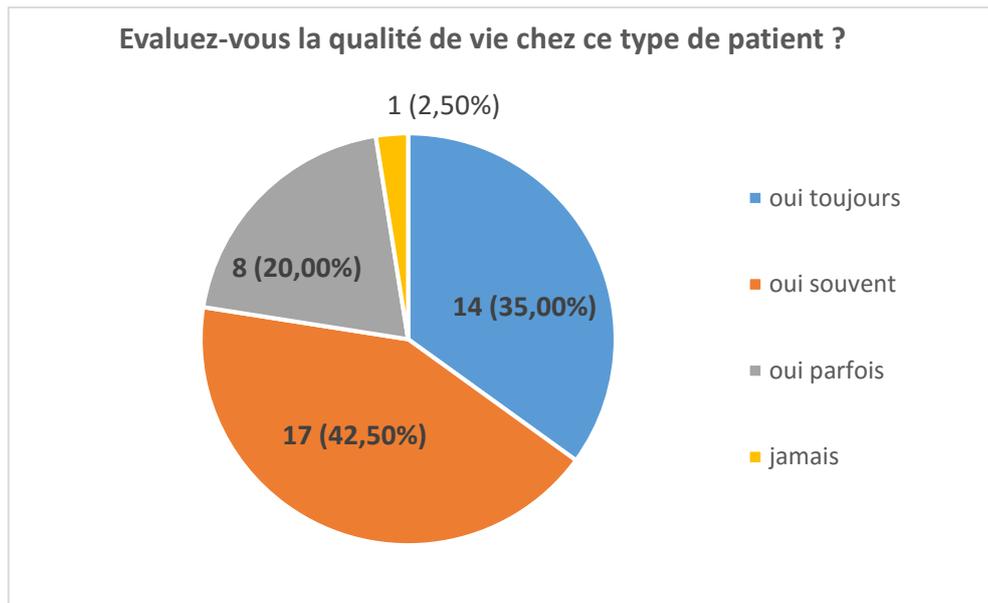
Parmi l'échantillon des médecins généralistes du Grand Lyon répondants prendre en charge les soins de support, en oncogériatrie, en phase palliative, **82,50% déclarent que les patients posent des problèmes d'ajustement thérapeutique dans leur pratique.**

Ils leur semblent **complexes à résoudre pour presque trois quarts d'entre eux.**



**FIGURE 7 :** Problèmes d'ajustement thérapeutique rencontrés par les médecins généralistes prenant en charge les soins de support (N=40) chez les patients âgés atteints de cancer en phase palliative

**A l'unanimité, les médecins généralistes prenant en charge les soins oncologiques de support déclarent évaluer la qualité de vie de leurs patients âgés, à l'exception d'un.**

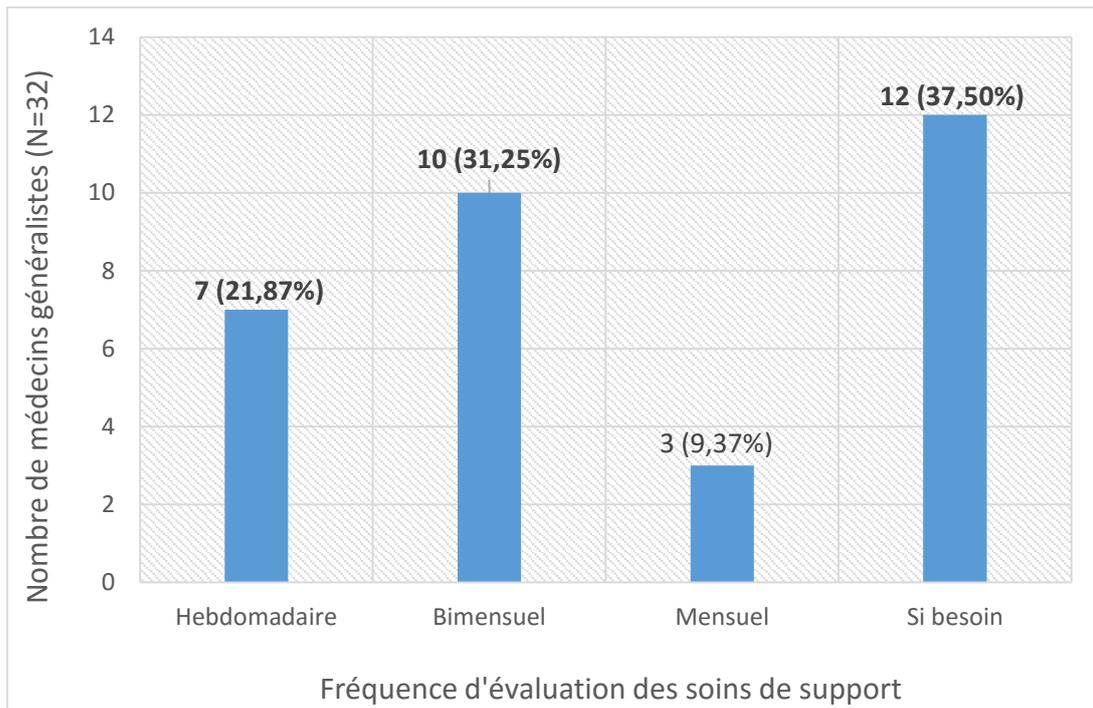


**FIGURE 8** : Evaluation de la qualité de vie des patients âgés atteints d'un cancer en phase palliative par les médecins généralistes déclarant prendre en charge les soins de support (N=40)

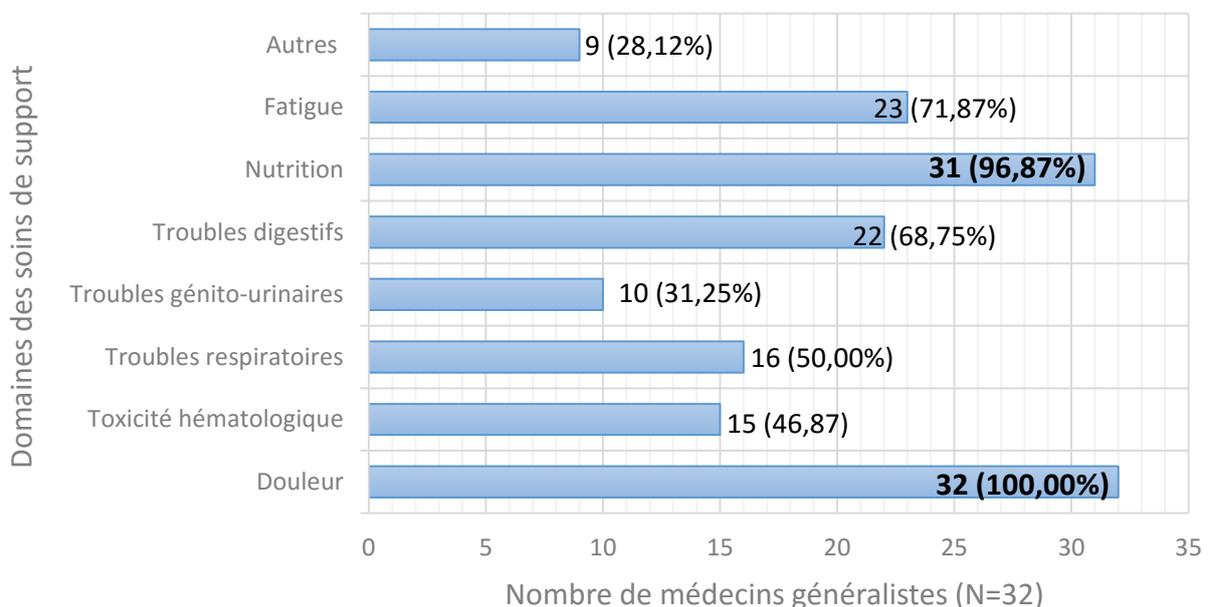
**L'évaluation de la qualité de vie s'effectue majoritairement de façon informelle pour 38 des 39 médecins généralistes déclarant évaluer la qualité de vie, soit 97,43%.**

On notera qu'un seul médecin généraliste déclare évaluer la qualité de vie de ces patients via un questionnaire standardisé. Il cite les échelles de la douleur « Doloplus / EVA ».

**L'évaluation régulière** des besoins en soins oncologiques de support en phase palliative au cours du suivi de ces patients âgés **est effectuée par 32 médecins généralistes sur les 40 répondants prenant en charge les soins de support, soit 80,00%.**



**FIGURE 9** : Fréquence d'évaluation des soins de support par les médecins généralistes prenant en charge les soins oncologiques de support en phase palliative dans la population gériatrique et évaluant régulièrement les soins de support (N=32)

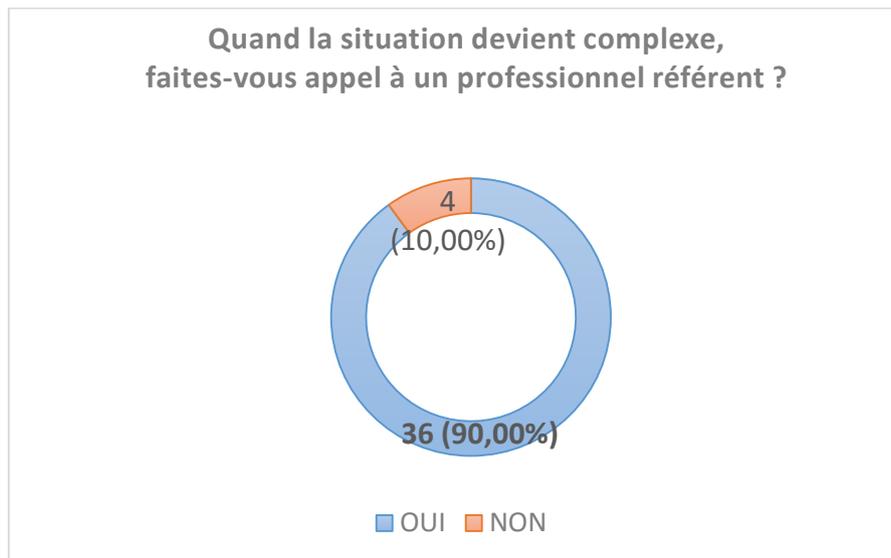


**FIGURE 10** : Domaines d'évaluation des soins de support oncogériatriques par les médecins généralistes prenant en charge les soins oncologiques de support en phase palliative dans la population gériatrique et évaluant régulièrement les soins de support (N=32)

Parmi les 40 médecins généralistes, **35 utilisent la morphine lorsque les antalgiques de palier 1 et 2 ne sont plus efficaces (87,50%)** tandis que **les cinq autres ne l'utilisent pas et adressent à un confrère (12,50%)**. On remarque que **7 médecins parmi les 35 utilisant la morphine à visée antalgique déclarent l'utiliser aussi en cas de troubles respiratoires (20,00%)**.

La morphine est utilisée par les médecins généralistes sous différentes galéniques :

- 28 sur 35 déclarent utiliser la forme orale (80,00%)
- 26 sur 35 déclarent utiliser la forme transcutanée (74,28%)
- 10 sur 35 déclarent utiliser la forme sublinguale (28,57%)
- 8 sur 35 déclarent utiliser la forme sous-cutanée (22,85%)



**FIGURE 11** : Médecins généralistes prenant en charge les soins de support, en oncogériatrie, en phase palliative (N=40) et faisant appel ou non à un professionnel référent quand la situation devient complexe

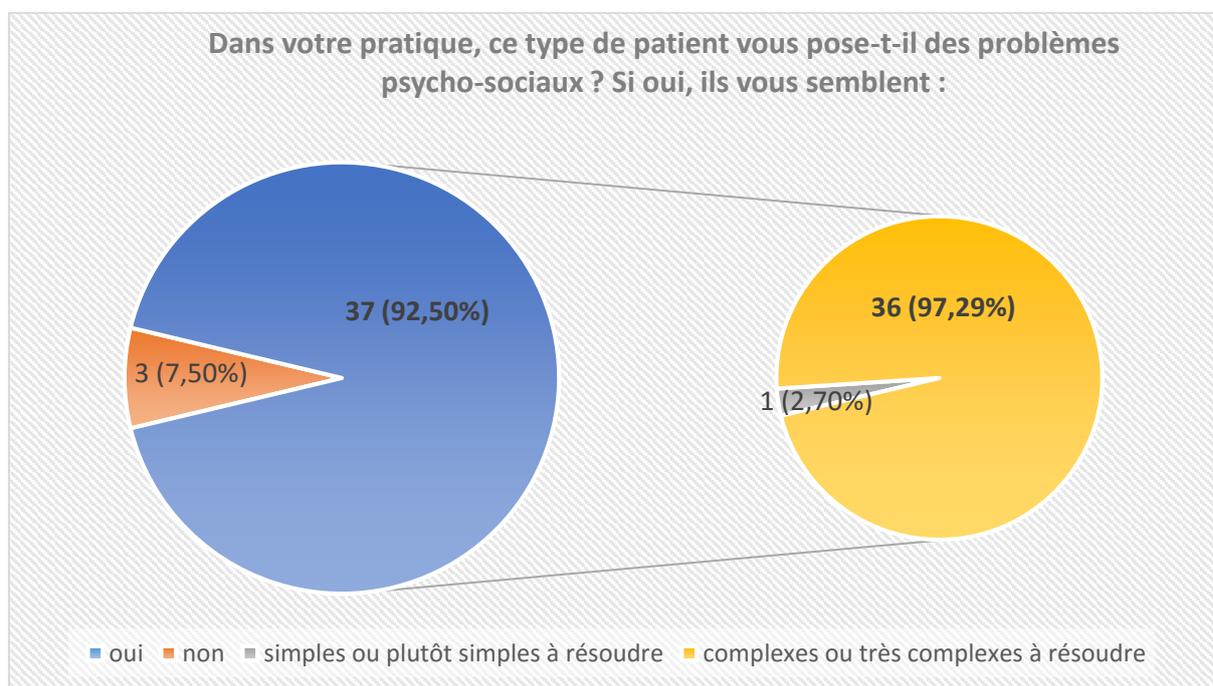
### Si un événement aigu grave se produit à domicile :

- 19 sur 40 déclarent envoyer les patients âgés atteints d'un cancer en phase palliative en service d'oncologie (47,50%)
- **17 sur 40 déclarent les envoyer aux urgences de l'hôpital (42,50%)**
- 16 sur 40 déclarent ne pas les transférer (40,00%)
- 13 sur 40 déclarent les envoyer en service de gériatrie (32,50%)

### II.2. 4. Prise en charge psycho-sociale en ambulatoire

Parmi les 40 médecins généralistes du Grand Lyon répondants prendre en charge les soins de support, en oncogériatrie, en phase palliative, **92,50% déclarent que les patients posent des problèmes psycho-sociaux dans leur pratique.**

Ils leur semblent **complexes ou très complexes à résoudre pour la quasi-totalité d'entre eux.**



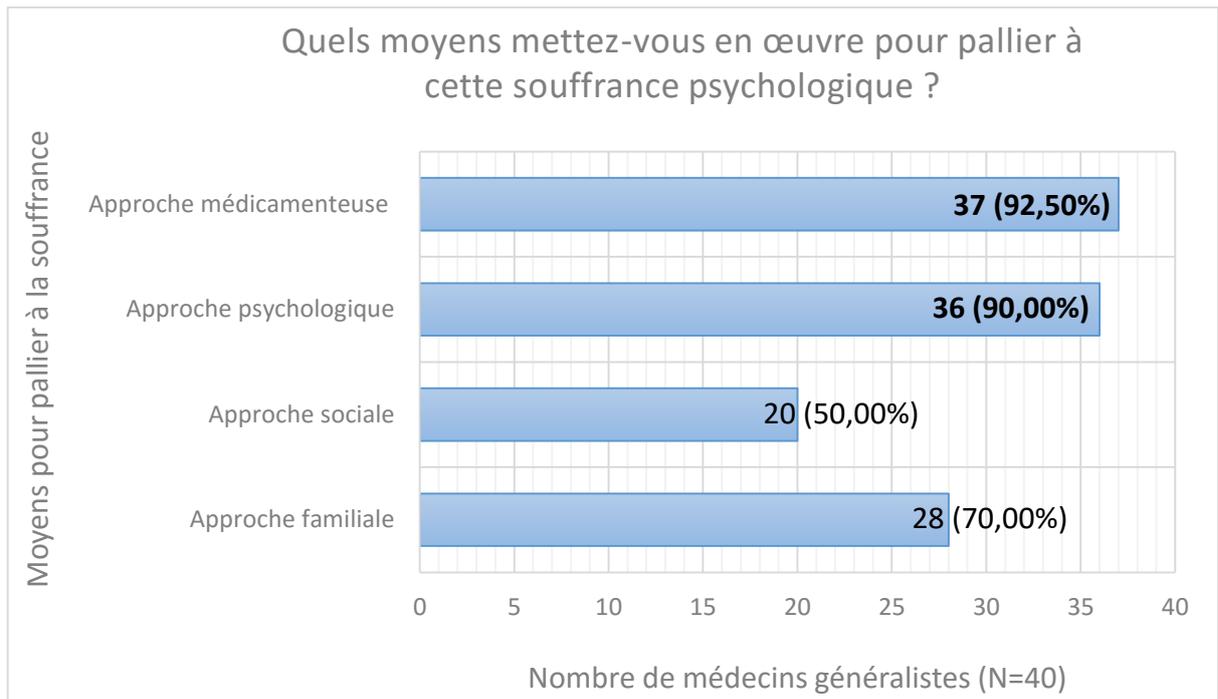
**FIGURE 12** : Problèmes psycho-sociaux rencontrés chez les patients âgés atteints de cancer en phase palliative par les médecins généralistes prenant en charge les soins de support (N=40)

**TABLEAU 2** : Dépistage précoce de la dépression chez les patients âgés atteints de cancer en phase palliative par les médecins généralistes prenant en charge les soins de support (N=40)

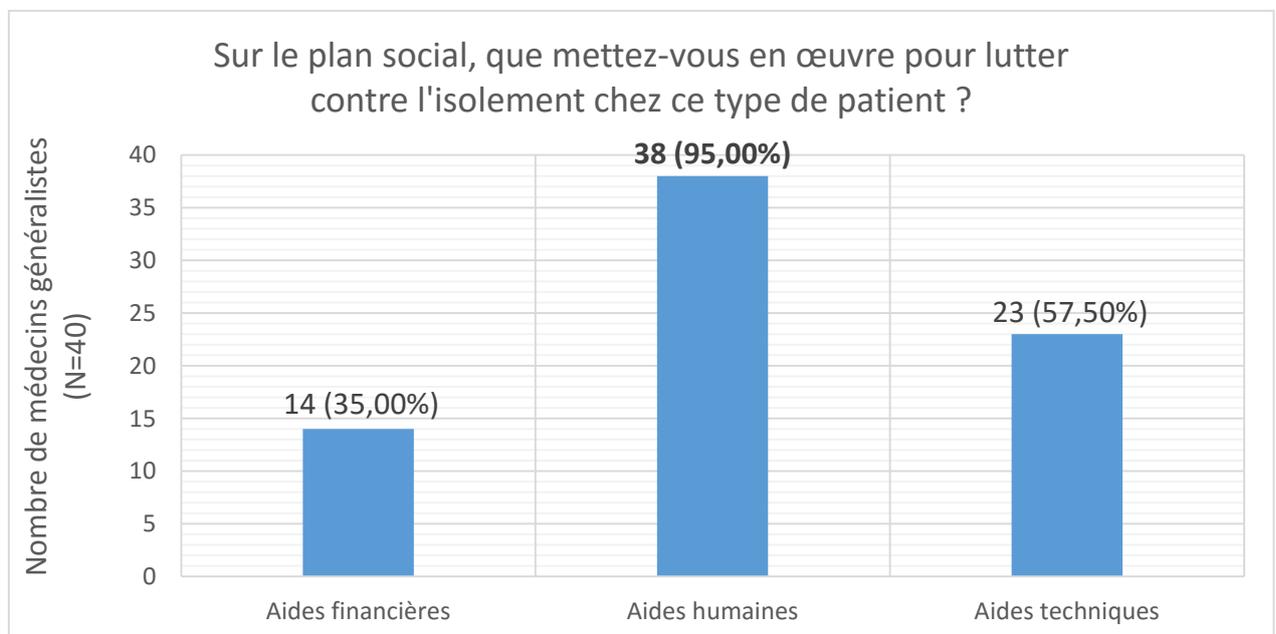
<b>Pensez-vous à dépister précocement la dépression chez ces patients ?</b>	<b>oui systématiquement</b>	<b>oui souvent</b>	<b>oui parfois</b>	<b>non jamais</b>
<b>Médecins généralistes prenant en charge les soins de support (N=40)</b>	8 (20,00%)	26 (65,00%)	5 (12,50%)	<b>1</b> <b>(2,50%)</b>

La répartition des symptômes évocateurs de dépression recherchés est la suivante :

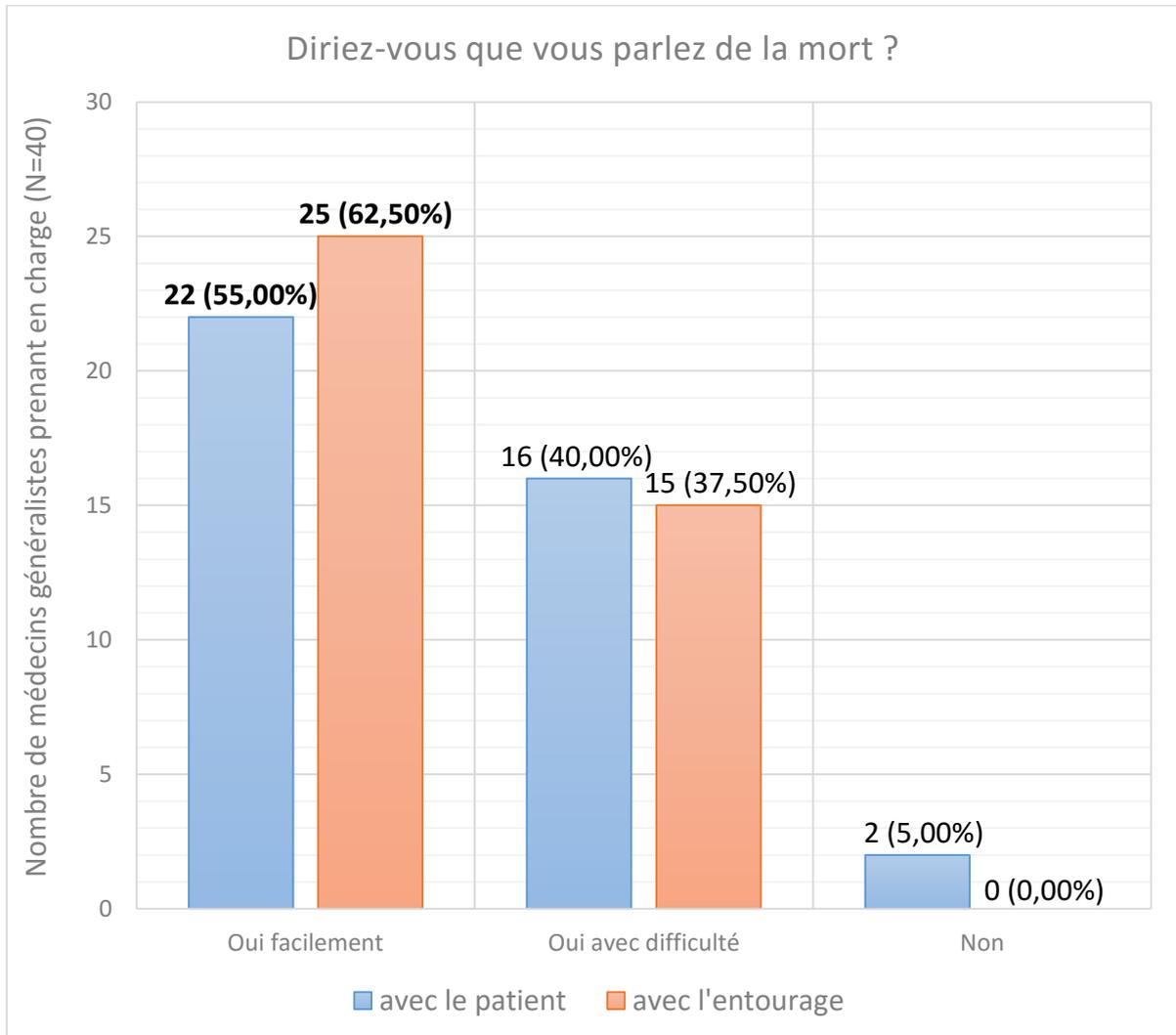
- 32 sur 40 déclarent rechercher la tristesse de l'humeur (80,00%)
- 32 sur 40 déclarent rechercher la perte d'intérêt ou de plaisir (80,00%)
- 25 sur 40 déclarent rechercher le désespoir (62,50%)
- 31 sur 40 déclarent rechercher les troubles du sommeil (77,50%)
- 11 déclarent rechercher d'autres symptômes tels que le changement de caractère ou de comportement (apathie, repli sur soi, mutisme, agressivité), l'amaigrissement, l'anorexie, l'attitude face aux soins (refus, lassitude, inobservance) soit 27,50%



**FIGURE 13** : Moyens mis en œuvre par les médecins généralistes prenant en charge les soins de support (N=40) pour pallier à la souffrance psychologique des patients âgés atteints d'un cancer en phase palliative



**FIGURE 14** : Moyens mis en œuvre par les médecins généralistes prenant en charge les soins de support (N=40) pour lutter contre l'isolement



**FIGURE 15** : Médecins généralistes prenant en charge les soins de support (N=40) et parlant de la mort avec le patient âgé atteint de cancer en phase palliative et avec son entourage

## II.2. 5. Les intervenants dans la prise en charge ambulatoire

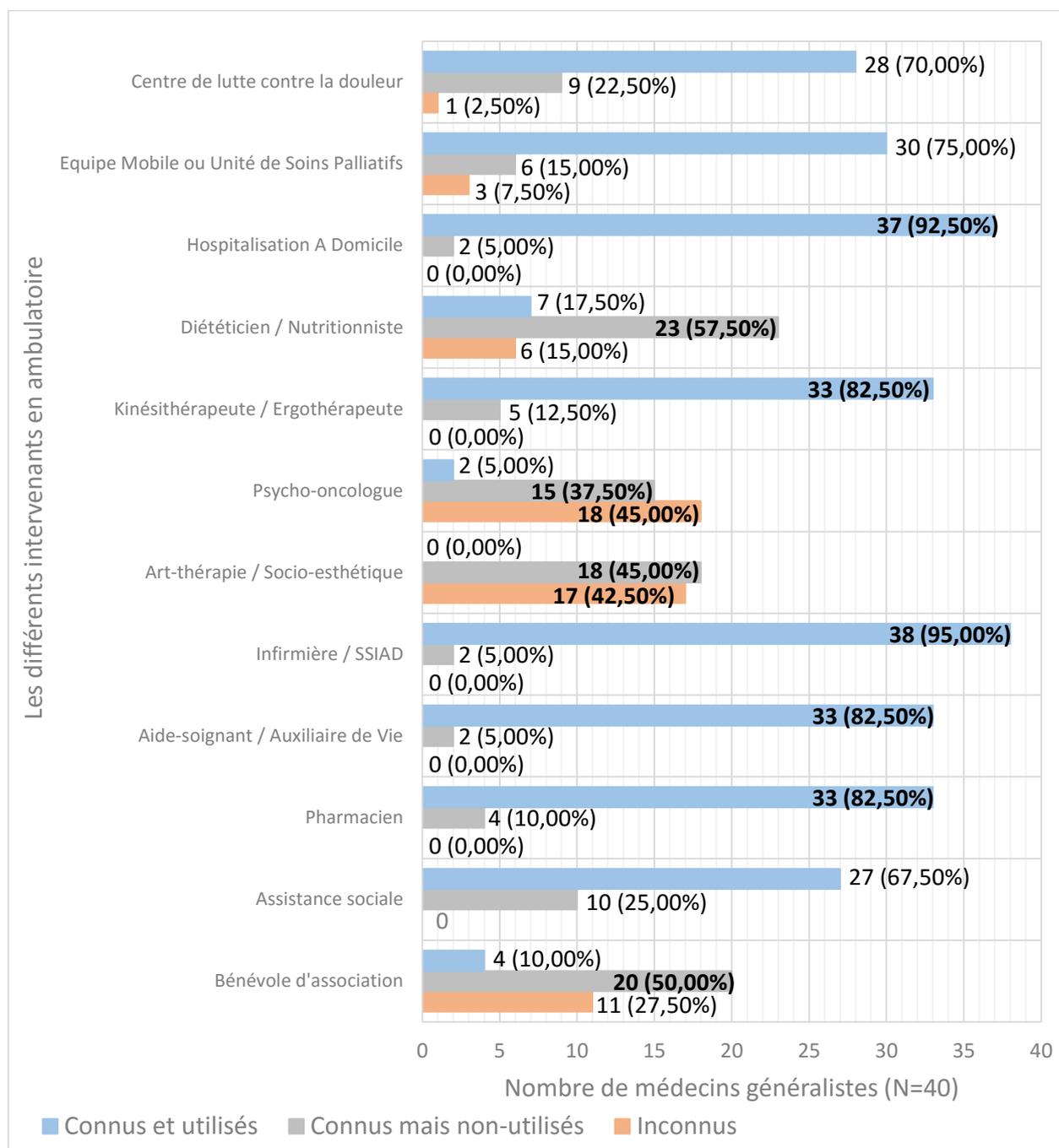
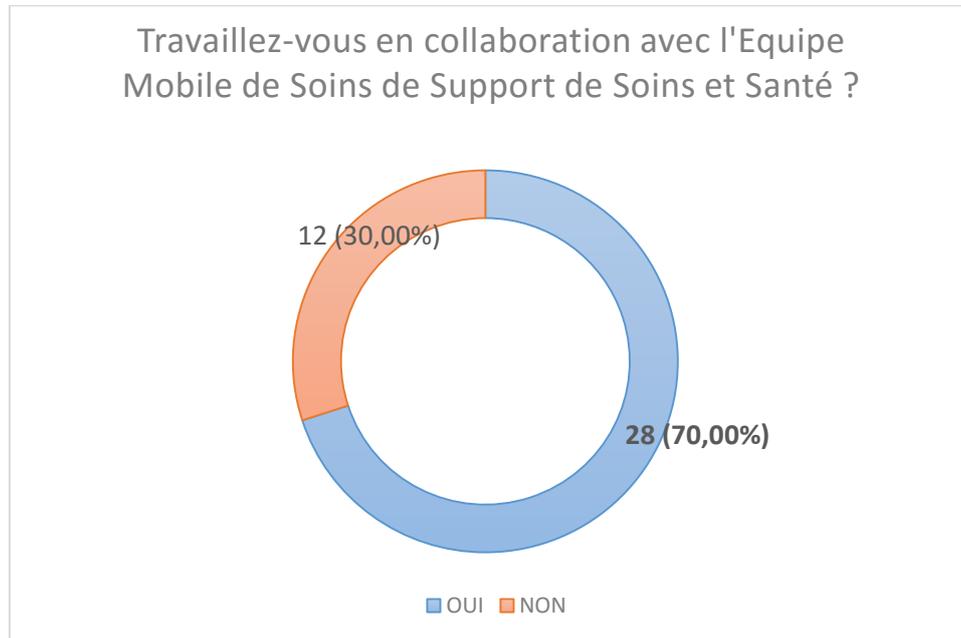


FIGURE 16 : Connaissance et utilisation des intervenants en ambulatoire par les médecins généralistes prenant en charge les soins de support (N=40) au service des patients âgés atteints de cancer en phase palliative



**FIGURE 17** : Collaboration des médecins généralistes prenant en charge les soins de support (N=40) avec l'Equipe Mobile de Soins de Support de Soins et Santé (EMSS)

Sur les 12 médecins généralistes qui déclarent ne pas travailler avec cette équipe de soutien :

- huit déclarent ne pas connaître son existence
- un déclare ne pas avoir identifier de moyen simple et rapide pour rentrer en contact avec
- un déclare ne plus travailler avec l'organisme dont cette équipe de soutien fait partie
- un déclare qu'il n'en a pas eu besoin mais qu'il en voit bien l'intérêt
- un déclare ne pas avoir le temps

**TABLEAU 3** : Collaboration des médecins généralistes prenant en charge les soins de support (N=40) avec l'Equipe Mobile des Soins de Support (EMSS) en fonction de leur mode d'exercice

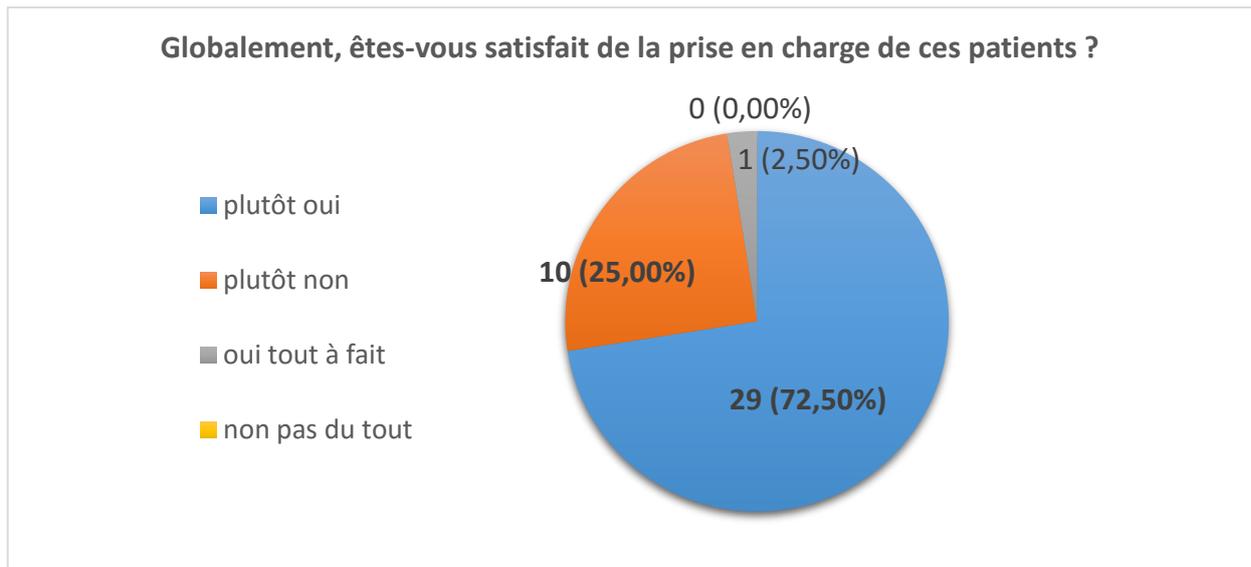
MODE D'EXERCICE	Travail en collaboration avec l'EMSS	
	OUI	NON
Cabinet individuel	13 (32,50%)	2 (5,00%)
Cabinet de groupe	15 (37,50%)	10 (25,00%)

Parmi les 25 répondants prenant en charge les soins de support et **exerçant en cabinet de groupe, 60% d'entre eux travaillent en collaboration avec cette équipe de soutien.**

Parmi les 15 répondants prenant en charge les soins de support et **exerçant en cabinet individuel, 86,6% d'entre eux travaillent en collaboration avec cette équipe de soutien. Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,15$ ).**

## II.2. 6. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes

Parmi les 40 médecins généralistes du Grand Lyon répondants prendre en charge les soins de support, en oncogériatrie, en phase palliative, **32 pensent que leurs compétences en soins de support ne sont pas suffisantes pour une prise en charge optimale de ces patients, soit 80,00%.**

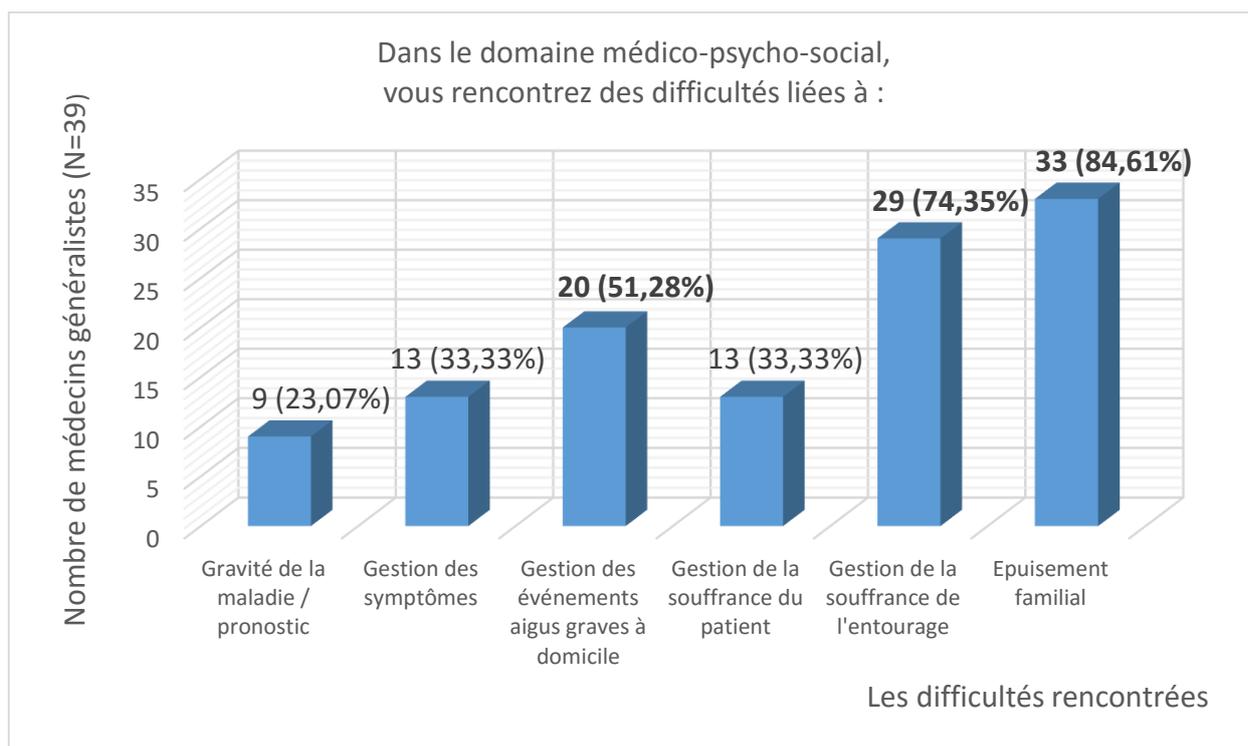


**FIGURE 18** : Satisfaction des médecins généralistes prenant en charge les soins de support (N=40) quant à la prise en charge globale des patients âgés atteints de cancer en phase palliative

**97,50%** des médecins généralistes répondants prendre en charge les soins de support en oncogériatrie, soit 39 médecins généralistes sur 40, **déclarent rencontrer des difficultés dans leur prise en charge.**

Sur les 39 médecins généralistes déclarant rencontrer des difficultés de prise en charge :

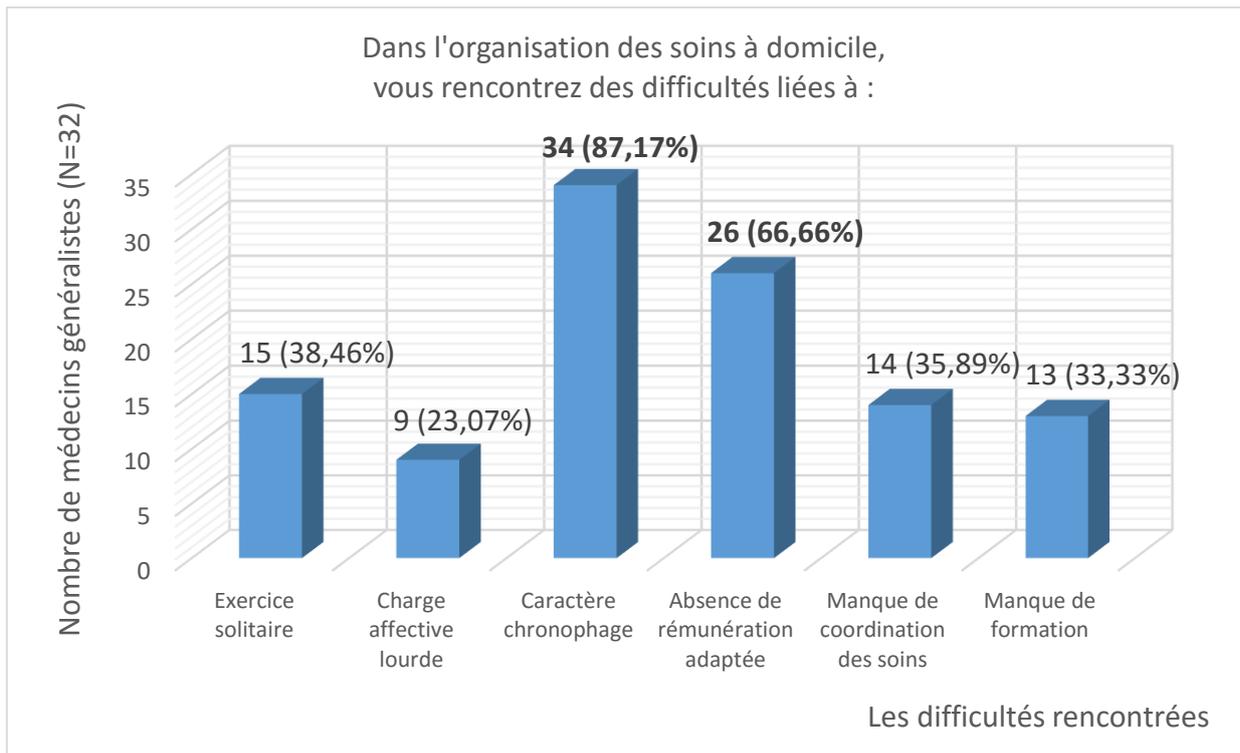
- 26 déclarent rencontrer des difficultés dans le domaine psycho-social (66,66%)
- 25 déclarent rencontrer des difficultés dans la coordination ville-hôpital (64,10%)
- 23 déclarent rencontrer des difficultés dans l'organisation des soins à domicile (58,97%)
- **17 déclarent rencontrer des difficultés dans le domaine médical (43,58%)**



**FIGURE 19** : Difficultés rencontrées dans le domaine médico-psycho-social par les médecins généralistes prenant en charge les soins de support et déclarant rencontrer des difficultés (N=39)

Dans le domaine de la coordination ville-hôpital :

- **10 médecins généralistes sur 39 déclarent rencontrer des difficultés liées au manque d'information sur le stade de la maladie, le traitement, le suivi des patients (25,64%)**
- 23 médecins généralistes sur 39 déclarent rencontrer des difficultés liées à la difficulté de joindre le médecin référent hospitalier (58,97%)
- 22 médecins généralistes sur 39 déclarent rencontrer des difficultés liées à la difficulté de faire hospitaliser leurs patients en cas de problèmes aigus (56,41%)



**FIGURE 20 :** Difficultés rencontrées dans l'organisation des soins à domicile par les médecins généralistes prenant en charge les soins de support et déclarant rencontrer des difficultés (N=39)

## II.2. 7. Exploration des facteurs déterminants de la prise en charge

Nous n'avons pas retrouvé de facteurs statistiquement significatifs pouvant influencer la prise en charge ambulatoire. En effet, les analyses statistiques réalisées à l'aide du Chi 2 et du test de Fischer n'ont pas permis de mettre en évidence d'associations significatives.

La prise en charge médicale et psycho-sociale des sujets âgés atteints de cancer en phase palliative ainsi que les difficultés rencontrées par les médecins généralistes du Grand Lyon ne sont pas influencées ni par la formation, ni par le mode d'exercice, ni par la fréquence d'évaluation des soins de support ( $p > 0,05$ ).

D'autre part, la collaboration avec l'EMSS n'est pas influencée par la formation, ni par le mode d'exercice, ni par la fréquence d'évaluation des soins de support ( $p > 0,05$ ). Toutefois, nous pouvons nous demander s'il n'existe pas un lien entre travailler en collaboration avec l'EMSS et l'évaluation régulière des besoins en soins de support puisque cette association se rapproche du seuil de significativité sans toutefois l'atteindre ( $p = 0,07$ ). Si nos répondants avaient été plus nombreux, cette association aurait peut-être été statistiquement significative.

## II. 3. Discussion

Notre discussion va s'organiser en quatre axes :

- les forces de l'enquête
- les faiblesses de l'enquête
- l'analyse des résultats obtenus
- les préconisations

### II.3. 1. Les forces de l'enquête

Les points forts de cette enquête de pratique sont les suivants :

- l'envoi du questionnaire à un grand nombre de médecins généralistes du Grand Lyon par l'intermédiaire de l'URPS et de Soins et Santé, par internet leur laissant ainsi la possibilité de répondre quand ils le souhaitent ; l'envoi systématique de deux relances effectuées début et fin avril 2016
- une majorité de questions courtes qui limitent l'effort de réponse : 25 questions fermées dont 18 à réponse unique et 7 à choix multiples, une seule question ouverte avec le code postal, avec un temps moyen de réponse relativement court : dix minutes
- les réponses sont directement comparables et sont donc plus faciles à traiter
- la partie dédiée aux difficultés médico-psycho-sociales, à la coordination ville-hôpital et à l'organisation des soins à domicile, donne la possibilité aux médecins généralistes de s'exprimer plus librement vis-à-vis des difficultés ressenties, grâce au texte libre
- l'anonymat des réponses, à la différence des entretiens

Autre point fort de cette étude, le rapprochement des caractéristiques de nos répondants de celles des médecins généralistes français et rhodaniens.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le tableau de l'Ordre National des Médecins recensait 88 886 médecins généralistes en activité régulière, tous modes d'exercices confondus, en France (69).

Au niveau national, ils sont âgés en moyenne de 52 ans (69) alors que 54,15% de nos répondants étaient âgés de plus de 50 ans.

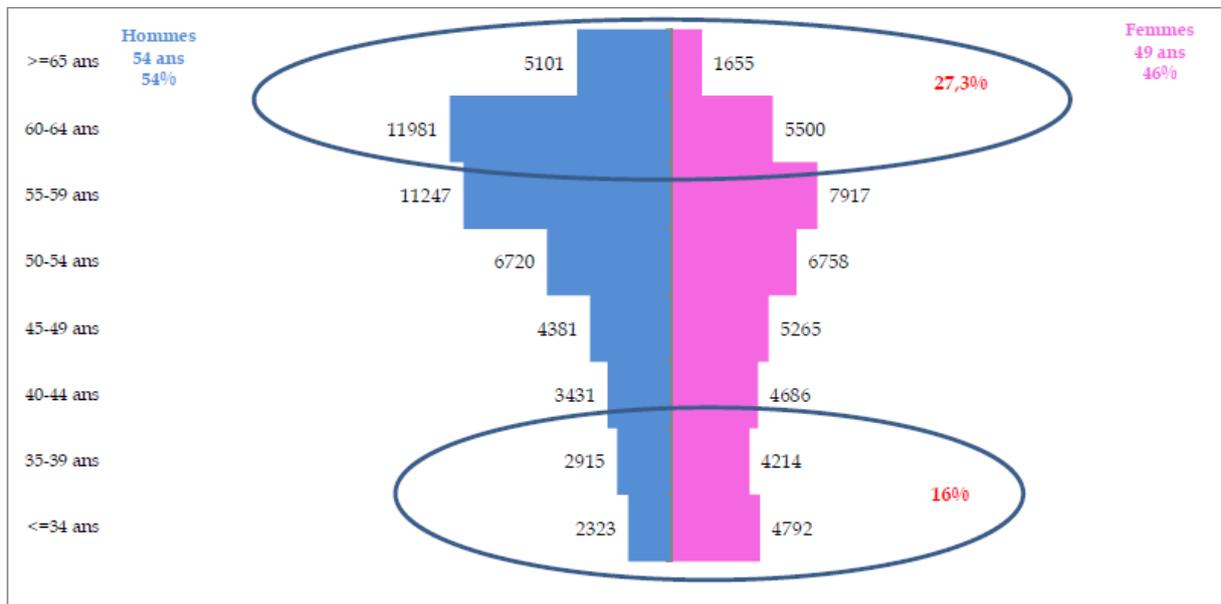


FIGURE 21 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière en France (87)

Notre étude révèle un pourcentage de répondants âgés de plus de 60 ans relativement similaire au chiffre national (69). En revanche, le pourcentage de répondants âgés de moins de 40 ans est nettement supérieur au pourcentage national (69) avec un pourcentage de femmes de moins de 40 ans assez important dans notre étude. Cette proportion s'explique par une féminisation croissante de la médecine, et notamment des jeunes femmes nouvellement inscrites à l'Ordre, ce que confirme l'Atlas de la Démographie Médicale en France au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Ainsi, en 2015, 58,00% des médecins nouvellement inscrits, toutes spécialités confondues, étaient des femmes (69). En région Auvergne-Rhône-Alpes, ce taux atteignait même 60,20% (69).

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2016, le Rhône comptait un total de 2 765 médecins généralistes **dont 51,90% de femmes et 48,10% d'hommes** (69). Voici, ci-dessous, le profil démographique des médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes (69) :

Type de spécialité	AGE		
	âge moyen	< 40 ans	> ou = 60 ans
Médecine Générale	<b>50,80 ans</b>	<b>20,00%</b>	<b>24,00%</b>

La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009 (70). Cette augmentation est particulièrement marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe (70).

L'étude sur la démographie des médecins généralistes dans le Rhône, réalisée en 2012 par l'URPS Rhône-Alpes, montre que 603 médecins généralistes (46,70%) exercent en cabinet individuel alors que 617 médecins généralistes exercent en cabinet de groupe (47,80%) (70).

Il semble donc légitime de penser que le pourcentage de médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe a probablement augmenté depuis 2012 et qu'il pourrait bien se rapprocher de nos résultats, notamment grâce aux incitations financières accordées par les collectivités territoriales et locales, mais aussi par des institutions telles que l'Agence Régionale de la Santé (ARS) dans le cadre de l'installation en Maison / Pôle de Santé (71).

## II.3. 2. Les limites de l'enquête

### II.3.2. 1. Faible taux de réponse

Le faible taux de réponse à notre enquête paraît un peu surprenant par rapport au nombre d'envoi total et constitue donc la principale limite de notre étude. Le taux de réponse dans ce genre d'enquête est fréquemment voisin de 15% (29). Nous allons tenter d'expliquer pourquoi le nombre de répondants a été aussi faible. Les causes peuvent être liées :

- *au questionnaire* : un questionnaire auto-administré par internet augmente le risque de non-réponse ; malgré un questionnaire plutôt court, ce risque est également favorisé par le manque de temps pour des médecins généralistes sur-sollicités du fait des prises en charge nombreuses et variées, le médecin généraliste étant le premier recours en ambulatoire (14).

- *au thème* : on peut se demander si les médecins généralistes connaissaient vraiment bien le concept des soins de support. Bien qu'une « annotation explicative » ait été insérée à la cinquième question, la méconnaissance des soins de support pourrait en partie expliquer le faible taux de réponse. En effet, dans sa thèse, le Dr De Brisson De Laroche montre que plus de la moitié des médecins généralistes interrogés au début de son questionnaire ne connaissaient pas le concept de soins oncologiques de support (35). Le terme « oncogériatrie » est également peut-être méconnu. Enfin, notre étude se limite à une population bien définie, ici les plus de 70 ans.
- *au médecin généraliste* : on peut avancer les hypothèses suivantes telles que le manque de temps pour répondre au questionnaire, l'absence de rémunération en contrepartie du temps nécessaire pour remplir le questionnaire, l'absence de suivi des soins de support chez des patients âgés atteints de cancer en phase palliative. Certains généralistes n'ont pas d'appétence particulière pour les soins de support, comme souligné par un de nos répondants en texte libre, et l'exercice de la médecine est parfois davantage conditionné par le souhait de guérir (49).

Le nombre restreint de réponse n'a pas permis d'exploiter les données recueillies sur le lieu d'exercice (code postal), les effectifs au sein de chaque sous-groupe étant trop petits.

### II.3.2. 2. Les biais

#### II.3.2.2. 1. Biais de déclaration

L'enquête de pratique constitue en elle-même un faible niveau de preuve (72). En effet, c'est une enquête qui repose sur la description faite par les médecins généralistes du Grand Lyon concernant leurs prises en charge des soins oncologiques de support chez le patient âgé. Leurs déclarations ne reflètent pas forcément toujours bien la réalité de leurs pratiques. De plus, chaque patient est unique et il est difficile de généraliser de telles prises en charge. Cependant, ce biais est caractéristique de ce type d'étude et il est par conséquent impossible à éliminer. Toutefois, il a été minimisé en rendant les réponses totalement anonymes.

Par ailleurs, on note l'absence de l'année d'installation des médecins dans ce questionnaire, constituant ainsi un manque de fiabilité vis-à-vis des informations déclarées sur la coordination ville-hôpital et sur l'organisation des soins à domicile. En effet, une bonne connaissance du terrain semble être indispensable pour connaître et bien utiliser les différents intervenants en ambulatoire.

#### II.3.2.2. 2. Biais de mémorisation

Il existe un biais de mémorisation car les médecins doivent se souvenir de la manière dont ils ont pris en charge leurs patients, des intervenants auxquels ils font appel et des difficultés rencontrées à ce moment-là. Afin de limiter au maximum l'effort de mémoire, la question concernant le nombre de personnes âgées qu'ils prenaient en charge dans le cadre des soins oncologiques de support en phase palliative portait uniquement sur l'année 2015.

#### II.3.2.2. 3. Biais de sélection

Les médecins généralistes répondants exercent tous dans le Grand Lyon, zone très urbanisée, choisie avant l'envoi du questionnaire pour sa proximité géographique avec les centres hospitaliers et les intervenants à domicile. Notre échantillon n'est donc pas représentatif de l'ensemble de la population française des médecins généralistes car il exclut les médecins généralistes en milieu rural qui ont une pratique différente de celle de leurs confrères en ville dans le domaine des soins de support (35).

Seuls les médecins généralistes installés ont été inclus dans l'étude car l'URPS et Soins et Santé ne possédaient pas les adresses mails des médecins remplaçants. Cela revient donc à exclure une grande partie des jeunes médecins diplômés. Cependant, les patients âgés préfèrent bien souvent consulter leur médecin traitant, qui les connaît mieux, plutôt que le remplaçant. Ce dernier a donc probablement une moins bonne connaissance des intervenants existants sur le terrain et un ressenti différent vis-à-vis des difficultés rencontrées.

De plus, les médecins généralistes ayant répondu à l'étude sont sans doute ceux qui ont le plus d'appétence envers ce thème. Les médecins répondants sont certainement plus intéressés et motivés par la cancérologie, la gériatrie et les soins palliatifs que les non-répondeurs.

### II.3. 3. Analyses des résultats

Dans la littérature, il n'existe pas de travaux de thèse comparables qui portent spécifiquement sur le médecin généraliste dans la prise en charge des soins oncologiques de support en gériatrie. Cependant, le travail de thèse du Dr De Brisson De Laroche sur la place du médecin généraliste dans les soins de support s'en rapproche. D'autre part, il existe de nombreux travaux sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du cancer en général, et plus spécifiquement dans la gestion des soins palliatifs à domicile, ainsi que la prise en charge du cancer en gériatrie.

II.3.3. 1. Prise en charge médicale : peu de patient, posant des problèmes complexes à résoudre, dont l'évaluation de la qualité de vie s'effectue de façon informelle, avec une évaluation régulière de la douleur et de l'état nutritionnel, et une utilisation de la morphine à visée essentiellement antalgique, faisant appel à un professionnel référent en cas de situation complexe et transférant à l'hôpital en cas d'événement aigu

Dans notre étude, la plupart des médecins généralistes prenant en charge les soins oncologiques de support en phase palliative dans la population gériatrique ont suivi entre un et cinq patient(s) au cours de l'année 2015.

Les patients atteints de cancer représentent un nombre limité de la patientèle du médecin généraliste par rapport à l'ensemble des pathologies qu'il est amené à prendre en charge, généralement quelques dizaines (29,73). On peut également comparer notre résultat au nombre de patients, en phase palliative, suivis par le médecin généraliste. Dans la thèse du Dr De Brisson De Laroche, 46,5 % des médecins généralistes du Bessin suivaient entre un et cinq patient(s) en soins palliatifs (35). Dans celle du Dr Vantomme, les médecins généralistes de l'Est du Val-de-Marne suivaient en moyenne 4,4 patients (45). Elle comparait alors son résultat à ceux d'autres thèses : l'une menée en Franche Comté en 2000 où les médecins généralistes avaient déclaré suivre entre 2 et 3 patients par an, l'autre en Aquitaine en 2004 où les médecins généralistes suivaient entre 1 et 3 patient(s) par an (45).

**On peut donc conclure que les médecins généralistes prennent en charge peu de patients âgés atteints d'un cancer en phase palliative à domicile au cours d'une année.**

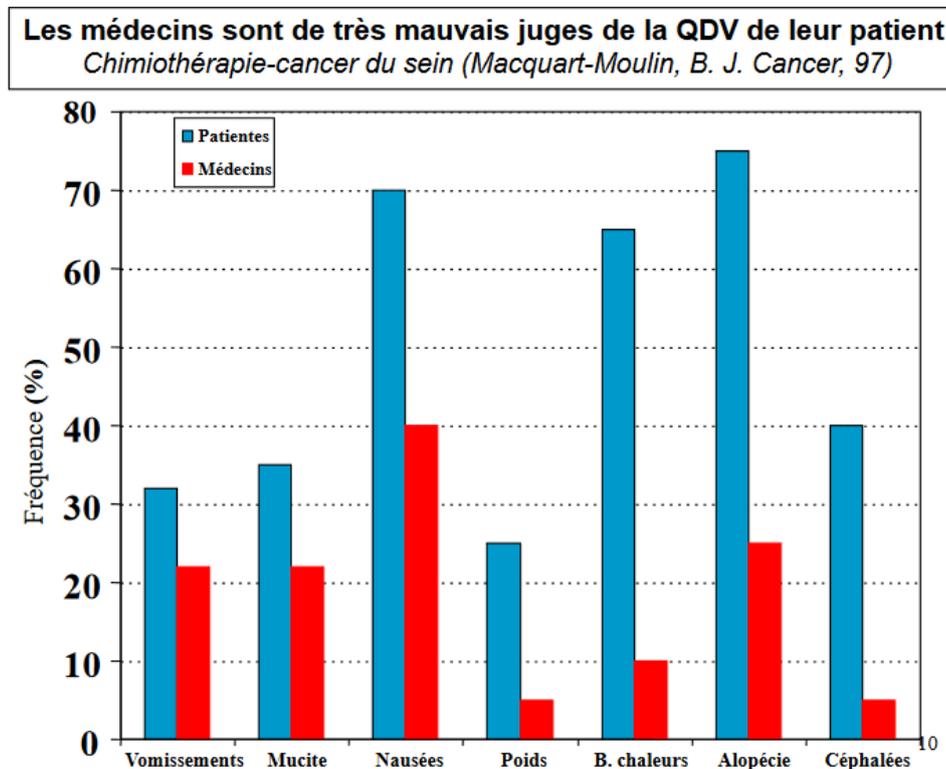
La majorité de nos répondants prenant en charge les soins oncologiques de support trouvaient que les patients âgés posaient des problèmes en matière d'ajustement thérapeutique, problèmes qu'ils qualifiaient principalement de complexes à résoudre.

Dans l'évaluation des besoins en soins palliatifs sur le Centre Hospitalier d'Argenteuil en 2000, 72% des soignants exprimaient des difficultés dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie grave (74). Si ce pourcentage est élevé en milieu hospitalier, on peut imaginer qu'il en est de même en ambulatoire. C'est ce que confirme l'article « *perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010* ». On trouve que les patients posaient des problèmes généralement complexes pour 72% des médecins généralistes répondants de Champagne et de l'Aisne et très complexes pour 8% d'entre eux (75). Ces problèmes d'ajustement thérapeutique chez le sujet âgé sont d'autant plus importants que la population gériatrique est hétérogène, posant ainsi des problèmes de pharmacodynamie et de pharmacocinétique (4,76–78). Par ailleurs, la présence de comorbidités, d'une poly-médication ou encore d'une dénutrition représentent chez le sujet âgé un risque accru de toxicité en lien avec la chimiothérapie (25,79,80).

**Les médecins généralistes rencontrent donc des problèmes d'ajustement thérapeutique complexes à résoudre chez les patients âgés atteints de cancer en phase palliative qui s'expliquent par les spécificités de la population gériatrique.**

La quasi-totalité des médecins généralistes les prenant en charge estimaient évaluer la qualité de vie chez leurs patients gériatriques. Cependant, un seul médecin généraliste a déclaré l'évaluer à l'aide d'une échelle (EVA), la douleur ne reflétant pas à elle seule la qualité de vie. En 1993, l'OMS en donne la définition suivante : « la qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (81). Des essais cliniques en oncologie ont rapidement inclus son évaluation comme un des critères d'efficacité des traitements étudiés, au même titre que la régression tumorale et la durée de vie (82). Elle est également devenue l'une des priorités du plan cancer 2009-2013 (2). Des études ont d'ailleurs démontré la valeur pronostique de la qualité de vie chez les patients

atteints de cancer (25). Elle est actuellement une préoccupation incontournable du corps médical. La qualité de vie étant multidimensionnelle et subjective, elle semble donc par essence très difficile à évaluer pour le médecin généraliste. D'ailleurs, le médecin généraliste est-il le meilleur juge de la qualité de vie de son patient ? (81)



**FIGURE 22** : Fréquence des symptômes d'inconfort perçus par le médecin généraliste ainsi que par le patient lui-même (83)

Comment peuvent-ils l'évaluer ? Pour cela, il existe deux façons complémentaires (81) :

- la première qui correspond à une approche qualitative et se réalise de manière informelle par entretien avec le patient, la principale difficulté étant la reproductibilité dans le temps au cours du suivi du patient
- la seconde qui correspond à une approche quantitative et se réalise à l'aide de questionnaires standardisés. Certes, l'évaluation est plus restrictive mais la mesure a le mérite d'être standardisée

En cancérologie, il existe une centaine de questionnaires spécifiques (81). On note la prédominance de deux questionnaires validés dans les études (66) : le Quality of Life

Questionnaire (QLQ-C30) de l'European Organisation for Research into the Treatment of Cancer (EORTC) et le Fonctionnel Assessment of Cancer Therapy (FACT). Ils explorent différents champs d'application et sont accompagnés de modules spécifiques correspondants à une localisation cancéreuse précise. Cependant, on peut se demander si ce type de questionnaire est adapté à la médecine générale. Nous tenterons d'apporter ici une réponse avec l'article « *qualité de vie : attitudes et perceptions des médecins d'un réseau régional de soins en oncologie thoracique* » (84). Dans cette étude, 80% des répondants évaluent la qualité de vie de façon intuitive chez leurs patients atteints de cancer broncho-pulmonaire. Aucun n'utilisait de questionnaire standardisé. Ils identifiaient comme principale limite le temps nécessaire pour remplir le questionnaire limitant donc leur utilisation en consultation.

**Les médecins généralistes évaluent la qualité de vie chez leurs patients âgés atteints de cancer en phase palliative, la qualité de vie étant essentielle en oncologie. Cette évaluation s'effectue de manière informelle, la principale limite des questionnaires standardisés étant le facteur temps.**

Nos répondants déclaraient évaluer de façon régulière les besoins en soins oncologiques de support chez ces patients, principalement en matière de douleur et de nutrition. L'évaluation des soins de support doit être une préoccupation permanente de tous les soignants, au sein des établissements hospitaliers comme au domicile, la première évaluation étant généralement faite lors de la consultation annonce (16). Par la suite, l'évaluation régulière peut être effectuée par le médecin généraliste qui est bien placé de par sa proximité et sa connaissance globale du patient. Evaluer les soins de support dès la phase initiale et régulièrement au cours du suivi du patient permet ainsi de garantir la continuité des soins (16). Cette évaluation précoce et régulière a ainsi été préconisée dès 2009 par un groupe de 19 professionnels qui a proposé des pistes de réflexion pour l'organisation, la mise en place et l'évaluation des soins de support dans les établissements et les territoires de santé (16). Elle semble être d'autant plus importante chez le sujet âgé fragile à risque accru de complications. Par ailleurs, nos résultats concernant l'évaluation des différents champs d'application des soins de support sont relativement similaires à ceux retrouvés dans la thèse du Dr De Brisson De Laroche (35). Ainsi, la douleur et les effets secondaires des traitements arrivent respectivement en première et troisième position(s) des principaux domaines observés en médecine générale pour les patients atteints de cancer tous stades confondus. Viennent ensuite les soins palliatifs,

les troubles digestifs et la nutrition. Pourquoi évaluer régulièrement la douleur et la dénutrition chez le sujet âgé atteint de cancer ?

- *la douleur* : dans notre enquête, elle a été recherchée par 100% des médecins généralistes répondant évaluer les soins de support car la douleur liée au cancer représente une vraie priorité institutionnelle (85) et fait l'objet d'une attention particulière en France (32). La douleur concerne environ 75% des patients atteints de cancer évolué (40). Et on constate un risque majoré de suicides chez les patients âgés douloureux (11,56). L'outil d'évaluation recommandé chez la personne âgée est l'échelle numérique sauf en cas de troubles cognitifs par exemple où l'hétéro-évaluation s'appuie sur des échelles validées (7)

- *la nutrition* : la prévalence de la dénutrition est estimée à plus de 50 % chez les patients âgés atteints de cancer (7,11). Elle représente un facteur de fragilité altérant la qualité de vie, diminuant la survie et augmentant les effets indésirables liés aux traitements tels que les troubles digestifs (4,25,32). De nombreuses études ont démontré qu'une perte de poids, même modérée, était un facteur pronostique impactant la survie chez les patients âgés cancéreux, notamment dans les cancers digestifs et broncho-pulmonaires (4,11,32). Le taux d'albumine est un facteur de risque indépendant pour la mortalité de toutes causes (25).

**On peut donc en conclure que les médecins généralistes évaluent régulièrement les soins de support chez ces patients, essentiellement sur le plan de la douleur et de la nutrition qui sont deux domaines particulièrement importants chez le sujet âgé.**

Dans notre étude, peu de médecins s'adressaient à un confrère en cas de recours à la morphine. Ceux qui l'utilisaient le faisaient principalement à visée antalgique et assez peu à visée respiratoire. Les formes orale et transcutanée étaient les plus utilisées par nos répondants.

Dans « *la prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ?* », on trouve que les médecins généralistes sont amenés à prescrire de la morphine à 22,5% de leurs patients et sous leur seule responsabilité pour 57% d'entre eux (28). Les médecins généralistes français se servent plus fréquemment de façon indépendante de la morphine que leurs confrères en Norvège (28). L'utilisation de morphine favoriserait une meilleure relation médecin-malade et réduirait ainsi les demandes d'euthanasie en situation palliative (86,87). Bien qu'il existe encore des réticences à l'égard de la prescription d'opiacés (86,87), nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans l'article « *prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes* » (86). En effet, 98% des médecins

généralistes utilisent facilement les morphiniques lorsque les paliers I et II ne sont plus efficaces, la forme transcutanée (85%) et la forme orale (78%) étant les plus utilisées. Son utilisation est donc conforme aux préconisations de l'OMS qui privilégie la forme orale dans le traitement de la douleur en soins palliatifs (56). En revanche, des études ont montré que les malades âgés atteints de cancer bénéficiaient moins fréquemment d'une prise en charge antalgique adaptée par rapport aux sujets plus jeunes (11,88).

**La morphine est utilisée à visée antalgique, sous forme orale, par la plupart des médecins généralistes de notre enquête bien que l'antalgie du sujet âgé en cancérologie soit insuffisante dans la littérature.**

Dans notre étude, neuf médecins sur dix répondaient faire appel à un professionnel référent quand la situation devenait complexe.

Lors d'entretiens semi-directifs à propos de la collaboration réseau / médecins généralistes, ces derniers ont exprimé leur volonté de ne pas être seul face à des patients en fin de vie et d'obtenir une réponse rapide face à un problème concret (89). Les médecins généralistes sont confrontés à des situations lourdes et complexes à domicile, difficiles à prendre en charge seul, d'où le recours à un référent pour échanger autour du patient (45) et prendre le relai si nécessaire (48). Savoir faire appel à un référent, c'est lutter contre l'isolement (48) et faire face à des situations complexes en apportant un autre regard (30). Dans « *à propos de la mise en place des soins de support en cancérologie : pistes de réflexion et propositions* », les auteurs préconisent l'appel à des professionnels référents quand la situation devient complexe ou difficile en mettant en place par exemple des rencontres, dites des « lieux-temps », organisées pour améliorer la prise en charge globale de ces patients (16,45).

**Les médecins généralistes du Grand Lyon déclarent donc faire ce qui est préconisé par le groupe d'expert impliqué dans les soins de support : faire appel à un référent afin de résoudre les problèmes complexes rencontrés au domicile des patients atteints d'un cancer.**

En cas d'événement aigu à domicile, une majorité de médecins généralistes déclaraient transférer leurs patients. Ils les transféraient essentiellement en oncologie ou aux urgences. Trop souvent vécue comme un sentiment d'échec de la prise en charge à domicile, l'hospitalisation doit plutôt être vue comme une étape du maintien à domicile (45). L'hospitalisation se fait en général devant une plainte pluri-symptomatique (90). Les raisons

d'une hospitalisation peuvent être liées : au patient et à ses symptômes d'inconfort, à son environnement familial ou encore à l'équipe soignante à domicile (91). Dans la thèse du Dr Vantomme, on remarque que l'hospitalisation se fait à la demande de la famille dans 79% des cas, à la demande du médecin dans 16% des cas et à la demande du patient dans 9% des cas. Ainsi, dans l'étude Trapado (45), 87% des familles pensaient que les symptômes de fin de vie étaient mieux contrôlés à l'hôpital qu'à domicile. Les situations étant de plus en plus complexes et par conséquent les visites à domicile de plus en plus longues, le médecin généraliste ne peut pas prendre en charge à lui tout seul tous les aspects des soins de support. Les urgences deviennent parfois l'ultime recours face à un médecin généraliste démuni et débordé (90). Cette place prépondérante des urgences en tant que lieu de transfert de ces patients est un peu décevante. Dans le travail de thèse du Dr Vantomme (45), l'hospitalisation se fait en premier lieu dans le service habituel du patient pour 64 % des généralistes. En deuxième intention, la solution alternative est le passage par un service d'urgence de proximité dans 41 % des cas. Lorsqu'une hospitalisation devient nécessaire, le médecin généraliste doit rentrer en contact avec le service hospitalier de référence. La majorité du temps les services sont complets et il n'y a pas de lits disponibles rapidement. La recherche d'un lit ou d'une place est une activité qui dépense beaucoup de temps et le médecin généraliste n'a pas toujours la possibilité de se consacrer entièrement à cette tâche (45). En 2001, une étude irlandaise a montré que la difficulté la plus fréquente était la recherche d'un lit d'hospitalisation pour 25% des médecins généralistes interrogés (45). En 2002, le Dr Diawara a étudié 32 dossiers de patients en soins palliatifs, suivis habituellement au domicile mais admis aux urgences du CHU de Bordeaux : pour 82% d'entre eux, le choix du service des urgences a été déterminé par le manque de place dans le service contacté. Pour 21% des médecins, ce choix était fait par commodité (45).

**En cas d'événement aigu à domicile, les médecins généralistes transfèrent leurs patients soit en oncologie, soit aux urgences.**

II.3.3. 2. Prise en charge psycho-sociale : problèmes complexes voire très complexes à résoudre, patients bénéficiant d'un diagnostic précoce de la dépression, avec une approche médicamenteuse et psychologique pour pallier cette souffrance morale, et des aides humaines mises en place pour compenser l'isolement, parler de la mort avec le patient et son entourage

Sur le plan psycho-social, la quasi-totalité des nos répondants déclaraient rencontrer des problèmes complexes et très complexes à résoudre.

On peut comparer notre résultat à celui retrouvé sur le Centre Hospitalier d'Argenteuil (74) où 72 % des soignants expriment des difficultés dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie grave. Ils mettent également en évidence l'importance de la souffrance morale (85%) et celle des troubles psychiques qui sont fréquents (62%). Dans ce même article, l'accompagnement des familles est important (98 %) et fait partie intégrante de la prise en charge de ces patients. Qu'en est-il en ambulatoire ? Tout d'abord, la thèse du Dr De Brisson De Laroche retrouve trois domaines pour lesquels le médecin généraliste a besoin d'aide : la prise en charge psychologique du patient et de son entourage arrivant en première position et la prise en charge sociale arrivant en troisième position (35). Ensuite, l'étude « *perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010* » nous apprend que 52% des médecins généralistes rencontraient des problèmes psychologiques dans la prise en charge de ces patients, de même la période terminale était difficile à aborder pour 69% d'entre eux (75). Par ailleurs, une autre étude réalisée en ambulatoire nous apprend que 67% des médecins généralistes interrogés considéraient être confrontés majoritairement à des problèmes psycho-sociaux chez leurs patients atteints de cancer (73). Lors de la prise en charge des patients en fin de vie, les problèmes psychologiques sont parfois également liés à la souffrance du médecin généraliste lui-même (49). Comme certains médecins généralistes l'expriment au cours d'entretiens semi-dirigés, ils sont proches de leurs patients qu'ils suivent parfois depuis longtemps et se retrouvent dans l'émotion, responsable à certains moments d'une véritable souffrance psychologique (49).

**Les médecins généralistes rencontrent donc des problèmes psycho-sociaux complexes, voire très complexes à résoudre, relatifs à leurs patients mais aussi à eux-mêmes.**

A l'exception d'un seul médecin généraliste, tous les autres ont répondu dépister la dépression de façon précoce chez leurs patients.

La dépression est fréquemment retrouvée chez les patients atteints de cancer, allant de 15 à 25% (52,92). En soins palliatifs, elle se retrouve chez un patient sur quatre (93) allant même jusqu'à 77% chez les patients atteints de cancer en phase terminale (52). D'autre part, plus de 50% des patients âgés souffrent de troubles de l'humeur (11). En effet, la fréquence du syndrome anxio-dépressif augmente également avec le vieillissement, la prévalence chez les plus de 65 ans étant de 12 à 20% (11). Le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recommande que tous les

patients atteints de cancer bénéficient d'une évaluation psychologique initiale à l'aide d'un outil de dépistage (92). Différentes échelles permettent de dépister la dépression chez ces patients (52,82,93) : Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Beck Depression Inventory (BDI), Geriatric Depression Scale (GDS), une question ouverte courte « comment était votre moral ces derniers temps ? » ou encore la question unique « êtes-vous déprimé ? » proposée par Chochinov. Ce dernier propose ainsi une question simple et rapide permettant une détection initiale et précoce des patients à risque (93). Le dépistage de la dépression est fondamental afin de proposer une prise en charge adaptée (92) car la détresse psychologique rend plus difficile la prise en charge du patient et de son entourage à domicile (52,93). Les symptômes en lien avec un syndrome dépressif peuvent contribuer à une moindre adhésion aux soins voire même à un refus de soins comme retrouvés dans notre enquête et dans la littérature (7,52). La dépression impacte aussi la qualité de vie (93) à cause de symptômes intenses et permanents (52). Chez le sujet âgé atteint de cancer, la dépression est un facteur de risque de morbi-mortalité et d'altération de la qualité de vie (11). Ainsi, le risque suicidaire des patients âgés atteints de cancer est supérieur à celui des patients âgés atteints d'autres maladies chroniques (11). Cependant, la dépression ne fait pas toujours l'objet d'un dépistage systématique et précoce de la part des professionnels de santé (4,92) à cause de difficultés liées notamment à :

- la distinction entre la tristesse, émotion réactionnelle face à l'évolution d'une maladie grave et incurable, et le syndrome dépressif (29,52,56,82,92)

- aux plaintes somatiques (douleur, anorexie, asthénie...) que l'on retrouve au cours de l'évolution naturelle du cancer et pouvant masquer une dépression (11,52,94). A ce propos, quelques-uns des médecins généralistes de notre enquête ont répondu la dépister précocement en recherchant des symptômes somatiques tels que l'anorexie ou l'amaigrissement.

**Les médecins généralistes déclarent donc penser à dépister précocement la dépression bien que le diagnostic soit très difficile à établir chez les sujets âgés atteints de cancer.**

Pour pallier la souffrance psychologique de leurs patients, les généralistes déclaraient utiliser principalement une approche médicamenteuse et une approche psychologique.

La souffrance morale est un des symptômes les plus fréquemment rencontrés chez les patients atteints de maladie grave (74). Son traitement nécessite une approche complète (93) : pharmacologique, psychothérapeutique et socio-familiale. L'efficacité de la prise en charge de la dépression n'est plus à démontrer puisque jusqu'à 70% des dépressifs s'améliorent sous

traitement antidépresseur et/ou psychothérapie (93). Ainsi, l'étude « *dépression et cancer en phase avancée : concordance entre différentes stratégies de dépistage* » montre une amélioration des symptômes dépressifs avec un score BEDS  $\leq 6$  à la deuxième visite chez les patients ayant bénéficié d'un diagnostic positif de dépression à la première visite avec introduction ou modification d'un traitement antidépresseur (92). Les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) sont recommandés en traitement de première intention dans la littérature (93,94). Par ailleurs, en complément de l'approche médicamenteuse, les médecins généralistes réalisent un équivalent de thérapie de soutien avec une écoute active empathique (93). Cependant, on remarque que l'antidépresseur est prescrit pour seulement 1 à 3% des patients atteints de cancer, 10% des patients en soins palliatifs dont 6% des prescriptions sont réalisées les dernières semaines de vie et 3% la dernière semaine de vie (93). La prise en charge pharmacologique de la dépression semble être inadaptée : la dépression est sous-traitée (92,93) et de façon trop tardive (93). D'autre part, la dépression semble être sous-estimée chez le sujet âgé atteint de cancer et donc sous-traitée (4,11). La prise en charge psychologique de la dépression chez ces patients est elle aussi inadaptée puisqu'un soutien psychologique est moins souvent proposé aux personnes âgées atteintes de cancer qu'aux personnes plus jeunes atteintes de la même maladie (11). Ainsi, dans le cadre d'un cancer de l'estomac ou d'un cancer pulmonaire métastatique, la totalité des malades de moins de 40 ans bénéficiaient d'une prise en charge psychologique en cas de syndrome anxio-dépressif alors que seulement 22% des patients âgés de 70 ans et plus en bénéficiaient (11).

**Les médecins généralistes déclarent utiliser l'approche médicamenteuse et l'approche psychologique pour diminuer la souffrance de leurs patients alors même que la dépression semble sous-traitée et de façon trop tardive, notamment à cause d'un diagnostic très difficile à établir chez eux.**

Pour lutter contre l'isolement social chez ces patients, les médecins généralistes ayant répondu à notre étude ont déclaré mettre place principalement des aides humaines à domicile. Le cancer est une maladie qui génère des difficultés sociales (11). On peut citer par exemple :

- l'installation de dépendances physiques réduisant ainsi les activités physiques quotidiennes (7) nécessitant par conséquent le recours à des aides techniques
- l'apparition de dépendances financières face à des soins partiellement remboursés et/ou des aides humaines restant à la charge du patient (45), générant ainsi des inégalités sociales et

nécessitant donc des aides financières (95). On retrouve cette notion de « reste à charge » dans le quatrième rapport (avril 2015) intitulé « cancer du sein : se reconstruire après une mastectomie ». Ce rapport présente les résultats d'une enquête réalisée par la Ligue Contre le Cancer sur les besoins et les attentes des femmes concernant le reste à charge suite à une mastectomie pour un cancer, associée ou non à une reconstruction chirurgicale (95).

Le support social comprend le niveau socio-culturel, le lieu et le mode de vie, la distance entre le domicile et le lieu de soins, la présence d'aidants familiaux parfois eux aussi âgés et/ou malades ainsi que les ressources financières (4,7,96). C'est un facteur déterminant du choix de maintien à domicile de ces patients (4,7). Une évaluation sociale, familiale et économique est donc indispensable pour permettre de mettre en place des aides humaines, techniques et financières nécessaires (56). Ainsi, il existe une fiche permettant de détecter la fragilité sociale chez le patient atteint de cancer au moment de l'annonce et au cours de son suivi (58,96).

Pourquoi le support social paraît si important et surtout chez le sujet âgé ? Plusieurs explications vont être discutées ici en fonction des données retrouvées dans la littérature :

- dans la population gériatrique, l'isolement socio-environnemental entraîne une augmentation du risque de mortalité (11). Ainsi, une étude épidémiologique réalisée aux États-Unis a montré que la survie médiane de patients âgés atteints de cancer de la prostate était significativement supérieure dans le groupe des hommes mariés que dans celui des hommes célibataires ou veufs, après ajustement des facteurs de confusion (7)

- dans un contexte de cancérologie de plus en plus ambulatoire (12), l'isolement social entraîne un maintien à domicile difficile avec une gestion compliquée de la maladie et des effets secondaires des traitements (11) d'autant plus si l'entourage familial est défaillant ou si les moyens financiers sont insuffisants pour financer des aides humaines professionnelles (96).

Dans leur étude, Mor et al. ont observé que les besoins d'aides dans la vie quotidienne augmentaient significativement après trois et six mois chez les patients de plus de 65 ans traités pour cancer (7). Ces derniers disaient être insuffisamment aidés une fois sur trois (7).

C'est pourquoi, il convient de faire intervenir des aides humaines professionnelles telles que les infirmières ou un SSIAD ou encore des équipes pluridisciplinaires médico-sociales intervenant dans le cadre des Services d'Aide et d'Accompagnement A Domicile (SAAD) ou des Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) (11,58). Lorsque les besoins deviennent multiples et complexes, une HAD ou un réseau de soins palliatifs peuvent être mis en place.

**Les médecins généralistes déclarent mettre en place des aides humaines pour lutter contre l'isolement de ces patients chez qui le support social est fondamental.**

Plus de la moitié des médecins généralistes déclaraient parler de la mort facilement avec le patient et son entourage.

L'information et la communication avec le patient et ses proches semblent être fondamentales chez les adultes nécessitant des soins palliatifs, le médecin généraliste devant s'adapter à chaque personne (56). Elles nécessitent un médecin disponible (56).

Dans une étude portant sur 220 personnes âgées de 80 ans, le gériatre Arthur Norman Exton-Smith met en évidence que la mort est acceptée avec résignation, sans crainte dans la plupart des cas (97). Cette acceptation fait que les personnes âgées parlent bien souvent spontanément et facilement de leur propre mort (97). Parler de la mort avec le patient âgé lui permet d'exprimer ses peurs et ses angoisses relatives à la fin de sa vie (97). Ainsi, dans ses articles et ses livres, la gériatre Renée Sebag-Lanoë avance que les demandes de mort sont rares si la personne âgée est correctement soulagée et accompagnée (97). Elle souligne aussi que la peur de la douleur est souvent supérieure à la peur de la mort en tant que telle chez beaucoup de personnes âgées (97). D'autre part, parler de la mort avec l'entourage du patient en soins palliatifs pourrait les préparer à la perte de leur proche (56). Cela pourrait aussi leur permettre de se sentir moins seul face à l'épreuve de la maladie et à la perte de l'être cher (97).

**Parler de la mort semble donc être important aussi bien pour le patient âgé atteint de cancer en phase palliative que pour sa famille.**

II.3.3. 3. Les intervenants dans la prise en charge ambulatoire : les moyens connus et utilisés sont majoritairement remboursés, les moyens connus mais non-utilisés sont principalement ceux restants à la charge du patient, les moyens inconnus sont essentiellement les soins de support émergents, forte collaboration avec l'Equipe Mobile des Soins de Support

Dans notre enquête, on distingue trois catégories d'aide à la prise en charge ambulatoire :

- les moyens connus et les plus utilisés : les infirmières / SSIAD, l'HAD, les auxiliaires de vie, le kinésithérapeute, les EMSP et les USP, les centres de lutte contre la douleur

- les moyens connus mais non-utilisés : les diététiciennes et nutritionnistes, l'art-thérapie et la socio-esthétique, la psycho-oncologie
- les moyens inconnus : la psycho-oncologie, l'art-thérapie et la socio-esthétique

Les infirmières libérales sont particulièrement impliquées dans la prise en charge des soins palliatifs à domicile tant pour le patient malade que pour son entourage (98). Les infirmières sont des acteurs clés puisqu'elles se déplacent régulièrement au domicile du patient (95). Quand la prise en charge du patient âgé devient plus complexe, le médecin généraliste peut alors solliciter un SSIAD composé d'infirmières et d'aides-soignantes (60,98). Les soins infirmiers sont prodigués sur prescription médicale et remboursés par l'Assurance Maladie (60) avec notamment la possibilité pour les infirmières de percevoir une Majoration de Coordination Infirmière (MCI) pour chaque passage au domicile d'un patient « ayant une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital » (98). Cette majoration, datant de 2011, souligne le rôle indispensable des infirmières à domicile auprès de ces patients « en matière de coordination, de continuité des soins et de gestion des risques liés à l'environnement » (98).

L'HAD est une alternative à l'hospitalisation en établissement de santé qui permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés à domicile (99). C'est une passerelle ville-hôpital où les soins palliatifs représentent 25 à 30 % de son activité (98). Seul le médecin hospitalier référent ou le médecin traitant peut orienter un patient en HAD (65,98) bien que le généraliste soit peu prescripteur de l'HAD (95). L'accord du médecin traitant est nécessaire car il prend la responsabilité médicale des soins pendant le séjour en HAD (65). L'intérêt d'une collaboration avec l'HAD est multiple pour le médecin généraliste : soutien de l'entourage familial et organisation des soins à domicile avec la planification des soins infirmiers et la gestion des besoins en matériel (99). Depuis 2006, les séjours en HAD sont rémunérés par le biais de la tarification à l'activité (T2A), les tarifs étant fixés chaque année par le Ministère de la Santé (65,98). Ces tarifs prennent en compte : la nature des soins prodigués, la complexité de la situation clinique, l'état de dépendance du patient, la durée de sa prise charge et l'évolution de son état de santé au cours du séjour (65). Une HAD est donc prise en charge par les organismes d'Assurance Maladie et les mutuelles dans les mêmes conditions qu'une hospitalisation classique, à l'exception du forfait hospitalier qui n'a pas lieu d'être puisque le patient est soigné chez lui (65).

Tout comme les soins infirmiers, les actes de kinésithérapie relèvent d'une prescription médicale. Ils sont remboursés. Les kinésithérapeutes disposent aussi d'une cotation « soins palliatifs » dans leur nomenclature (98).

Les centres de lutte contre la douleur font partie des équipes de recours en cas de situation rebelle ou complexe (32). De même, les EMSP et les USP sont des intervenants sollicités en cas de symptômes difficiles à contrôler (32) et leurs interventions sont par conséquent remboursées.

La dénutrition est fréquente chez le sujet âgé atteint de cancer : elle altère sa qualité de vie et diminue sa survie (4,25). Sa prise en charge paraît donc indispensable. Pourquoi donc les médecins généralistes n'utilisent pas davantage la diététicienne en ville ? L'explication repose essentiellement sur le non-remboursement des consultations diététiques en ville (100) alors que les CNO sont remboursés sur prescription médicale notamment pour les malades atteints de tumeurs ou d'hémopathies malignes présentant une dénutrition caractérisée par une perte de poids supérieure ou égale à 5% du poids habituel (100). En revanche, l'acte diététique en ville en Suisse est remboursé pour les patients atteints de dénutrition (100). En France le non-remboursement de l'acte est un frein considérable à la consultation diététique en ville pour les patients dénutris comme le souligne Katia Tardieu lors de la sixième journée des libéraux organisée par l'association des diététiciens de langue française (100). Si l'Assurance Maladie ne rembourse pas l'acte diététique, certaines mutuelles commencent à le rembourser (100) mais le reste à charge pour le patient reste important puisque les mutuelles remboursent une partie seulement du prix de la consultation et un nombre limité de consultation par an.

La prise en charge psychologique de ces patients et de leur entourage semble être complexe en ville (73–75). Ces difficultés peuvent s'expliquer en partie par l'absence de prise en charge financière en psychologie extra-hospitalière comme en témoigne l'article « *des psychologues au sein d'un réseau de cancérologie* » (101). En effet, un groupe composé de psychologues libéraux et hospitaliers au sein du réseau Oncoval (réseau de cancérologie de l'Est Parisien) a travaillé sur la prise en charge financière par le réseau de consultations externes témoignant bien de l'absence de remboursement par l'Assurance Maladie. D'autre part, le financement d'une partie des consultations chez les psychologues libéraux par la Ligue en 2005

(101) témoigne également de cette absence. Enfin, la Ligue contre le Cancer du Rhône propose sur son site internet (102) :

- des consultations gratuites avec un psychologue clinicien
- des groupes de paroles pour les malades
- un espace de parole pour les proches

L'art-thérapie et la socio-esthétique, basées sur les soins du corps, sont des soins de support émergents encore relativement peu connus et financés par des associations de la Ligue contre le Cancer. Ainsi, dans le Rhône, la Ligue propose des ateliers d'expression théâtrale et va bientôt proposer des ateliers conseils en socio-esthétique à partir d'Octobre 2016 (103,104).

**Les intervenants les plus utilisés en ambulatoire sont ceux remboursés par l'Assurance Maladie. Les supports psychologiques et nutritionnels sont connus mais non-utilisés en pratique car ils restent à la charge du patient. Enfin, des soins de support émergents sont encore relativement peu connus et sont financés par le biais d'associations.**

Dans notre enquête, presque trois quarts des médecins généralistes déclaraient travailler en collaboration avec l'EMSS de Soins et Santé dans le cadre de la prise en charge de ces patients. Cette forte collaboration avec l'EMSS répond-elle à un besoin exprimé par les médecins généralistes dans la littérature ? On remarque qu'un quart des soignants du Centre Hospitalier d'Argenteuil déclarent se sentir isolés dans leur pratique des soins palliatifs (74). Mais qu'en est-il vraiment de la prise en charge des soins palliatifs par les médecins généralistes à domicile ? En 2013, dans la thèse du Dr Astier, 35% des médecins généralistes disaient manquer de soutien dans la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile (48). Dans un article évoquant la collaboration des médecins généralistes avec les réseaux, les généralistes déploraient le caractère solitaire de leur exercice, comme dans les études Vallier et Marchand (89). Ils reconnaissent également toute l'importance de ne pas rester seul face à un patient en soins palliatifs et à son entourage (89). L'isolement étant source de difficultés, les équipes de soutien ont donc bien leur place à domicile pour collaborer avec le médecin généraliste (89). Ainsi, comme disait le philosophe Jollien « le rapport à la complexité, c'est rester ouvert » (105). Enfin, dans une enquête réalisée en 2005, 62% des médecins généralistes évoquaient la nécessité d'un soutien par une équipe mobile dans la gestion des symptômes (98).

**Ainsi, on peut conclure que cette collaboration avec l'EMSS répond bien à des besoins exprimés par les généralistes dans le cadre de ces prises en charge.**

#### II.3.3. 4. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes :

satisfaction de la prise en charge mais compétences en soins de support insuffisantes, des difficultés dans tous les domaines, liées à la souffrance de l'entourage et à l'épuisement familial, liées à la communication ville-hôpital, liées au caractère chronophage et à l'absence de rémunération adaptée

Dans notre enquête, trois quarts des médecins généralistes se déclaraient globalement satisfaits de la prise en charge de ces patients.

Les difficultés rencontrées font l'objet d'un certain nombre de travaux (29,45,46,48,49,106).

Cependant, on retrouve des points positifs au cours de ces prises en charge palliatives (47,107).

Dans une étude qualitative analysant le vécu et les sources de stress perçues par des généralistes, plusieurs affects positifs ont été mis en évidence dans tous les entretiens : la satisfaction, la joie, l'enrichissement personnel (47). Ils sont trop souvent négligés face aux difficultés rencontrées (47). Ainsi, d'après les médecins interrogés, ces situations sont riches sur le plan émotionnel car elles sont sources d'interrogations et de remises en question, de réflexion sur le rôle de médecin et sur le sens de la vie (47). Le contact avec les patients et les familles constituent également des motifs de satisfaction pour les médecins (107).

**Malgré les difficultés inhérentes à la maladie, à son stade et à la population concernée, ces prises en charge peuvent être aussi sources de satisfaction pour les médecins généralistes.**

Dans notre étude, une grande majorité de généralistes déclaraient que leurs compétences en soins de support n'étaient pas suffisantes pour une prise en charge optimale de ces patients. Alors même qu'une majorité d'entre eux déclaraient ne pas avoir effectué de formation en lien avec la thématique. La demande de formation semble donc se retrouver de façon indirecte ici. Dans la thèse du Dr Couraud Laouisset, seulement 54% des médecins généralistes estiment que leurs compétences sont suffisantes pour prendre en charge des patients atteints de cancer (29). Dans une enquête de la Ligue en 2010, 84% des médecins généralistes disaient avoir besoin d'une formation en oncologie (29). Nos résultats se retrouvent également dans une autre enquête de

pratique réalisée en Champagne et dans l'Aisne en 2010 : plus de 98% des médecins généralistes expriment un besoin de formation en oncologie alors que 87% n'ont pas suivi de formation spécifique depuis la fin de leurs études faute de temps et/ou d'attractivité des formations proposées (75). Par ailleurs, dans une autre enquête de pratique réalisée en Champagne-Ardenne en 2011, 64% des médecins généralistes considéraient leur niveau de formation en cancérologie non-satisfaisant (30). Les thèmes de formation les plus demandés étaient (30) : la gestion des effets indésirables des traitements (93%) les urgences cancérologiques (81%) les soins palliatifs (81%) et le traitement de la douleur (71%). Les modes de formation attendus restaient les FMC pour 88% d'entre eux (30). La formation semble donc insuffisante. C'est pourquoi les plans cancer 2003-2007 et 2009-2013 prévoyaient le développement des FMC en cancérologie pour les médecins généralistes afin de réactualiser leurs connaissances (1,2). Le problème de la formation en cancérologie se pose en fait dès le début de la formation du médecin généraliste : il n'existe pas de formation obligatoire en cancérologie dans le cursus de formation de l'interne en médecine générale (28,29). Au mieux, il peut choisir de se familiariser avec la cancérologie y compris les soins palliatifs au cours d'un des six semestres. A l'avenir, l'un des défis sera d'accéder plus tôt aux soins de support et aux soins palliatifs grâce notamment au levier de la formation en cancérologie et en soins palliatifs (44,108).

**La plupart des médecins généralistes estiment leurs compétences en soins oncologiques de support insuffisantes alors que la majorité d'entre eux n'ont pas effectué de formation en lien avec le thème de cette thèse.**

La quasi-totalité d'entre eux rencontrent des difficultés dans la prise en charge de ces patients. Bien que le médecin généraliste soit un maillon essentiel du système de santé français, il ressent des difficultés dans sa pratique quotidienne (49). Le problème semble même dépasser nos frontières puisqu'une enquête australienne montre que 25% des médecins généralistes sont réfractaires aux soins palliatifs à domicile à cause des difficultés inhérentes à cette pratique (109). Ces difficultés s'expriment dans tous les domaines :

- Dans le domaine médico-psycho-social :

L'épuisement familial et la souffrance de l'entourage sont les deux principales difficultés ressenties et déclarées par les médecins généralistes dans notre étude.

« De toute façon, ce n'est pas grâce au médecin qu'on peut maintenir les gens à domicile, c'est grâce à la famille » (46). L'aidant occupe un rôle pivot dans la gestion du quotidien (91) et représente un acteur majeur du maintien à domicile du patient atteint de cancer, sa présence est d'ailleurs l'une des conditions requises pour l'entrée en HAD (95). Bien au-delà de leur simple présence, les aidants gèrent les tâches de la vie quotidienne et les démarches administratives (95). Ainsi, huit malades atteints de cancer sur dix citent leurs proches comme facteur d'aide pour faire face à la maladie (95). Devenir l'aidant d'un proche atteint de cancer est d'ailleurs une évidence pour neuf personnes sur dix (95). 38% des Français ont été l'aidant de patients atteints de cancer durant les cinq dernières années, soit vingt millions de Français (95). Parmi les aidants interrogés dans une enquête de La Ligue contre le Cancer : 61% apportent un soutien moral, 37% apportent un soutien médical, 36% font les courses et entretiennent le logement et 32% aident dans les gestes du quotidien (95).

La famille peut être perçue parfois comme un obstacle à la prise en charge palliative à domicile car son épuisement peut être source d'hospitalisation (45,91). Dans une étude, les aidants familiaux de patients atteints de cancer disaient ne pas recevoir le soutien nécessaire et que cela impactait leur propre état de santé (7). Une autre étude montre qu'un tiers des aidants estiment que l'aide apportée à leur proche atteint d'un cancer a un impact sur leur propre qualité de vie (95). Ainsi, beaucoup d'aidants renoncent à s'occuper d'eux alors que pourtant 48% d'entre eux souffrent de pathologies chroniques (95). Dans une enquête de 2012, 62% des aidants de patients atteints de cancer ressentaient un épuisement (95). L'accumulation de charges physiques, psychologiques, matérielles et affectives conduit bien souvent à un épuisement de l'aidant rendant la prise en charge à domicile plus difficile (95).

« L'aide aux aidants » que l'on connaît pour les familles des patients atteints de maladie d'Alzheimer semble donc également essentielle dans la prise en charge des maladies cancéreuses. Deux études d'intervention auprès de patients atteints d'un cancer à un stade terminal et de leurs aidants principaux ont montré un risque moindre d'épuisement, de dépression et un impact favorable sur la qualité de vie de l'aidant (7).

La gestion des événements aigus graves, qui surviennent à domicile, arrive en troisième position des difficultés ressenties par les médecins généralistes dans notre étude.

Dans la thèse du Dr Couraud Laouisset, 42% des médecins généralistes considèrent « la nécessité de gérer des situations lourdes et graves en ambulatoire » comme une difficulté dans la prise en charge (29). En particulier, le patient âgé pourra très vite décompenser des comorbidités. Et le généraliste se retrouvera alors en première ligne au quotidien pour gérer ces complications. La présence de symptômes physiques non-contrôlés tels que la douleur, la dyspnée, l'angoisse... rend la prise en charge à domicile extrêmement compliquée et nécessite alors parfois une hospitalisation (91).

**Les trois principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes prenant en charge les soins oncologiques de support chez les sujets âgés sont : l'épuisement familial, la souffrance de l'entourage, la gestion des événements aigus graves à domicile.**

- Dans le domaine de la coordination ville-hôpital :

Les principaux obstacles de la prise en charge à domicile restent la difficulté à joindre un médecin hospitalier référent et à hospitaliser en cas de problèmes comme nous l'avons déjà mentionné précédemment au sujet du lieu d'hospitalisation lors d'un événement aigu (29,45,106).

La condition indispensable à l'implication du médecin généraliste dans le suivi du patient atteint de cancer est de disposer d'informations suffisantes pour assurer le suivi en ville (28).

Bien que les médecins généralistes connaissent parfaitement le contexte médico-psycho-social de leurs patients, leurs compétences et leurs connaissances sont limitées en matière thérapeutique étant donné la vitesse d'évolution des traitements en cancérologie (28,29). Leurs connaissances dépendent en partie des informations transmises par l'oncologue référent de leur patient (28). La communication entre eux paraît donc fondamentale. Elle l'est d'autant plus chez le sujet âgé vulnérable (19). Le manque d'information en temps réel sur l'évolution de la maladie, sur les effets secondaires des traitements et sur le devenir peut rendre la prise en charge de proximité des patients à domicile plus compliquée pour le médecin généraliste (29,46).

Dans la littérature, les généralistes se disent informés du traitement à visée oncologique pour 86% de leurs patients atteints de cancer et des effets secondaires pour 55% d'entre eux, alors qu'ils déclarent les connaître insuffisamment pour 47% d'entre eux (28). Lors des premiers Etats

Généralistes des malades du cancer, les patients disaient « le médecin généraliste ignore tout et c'est pourtant vers lui qu'on se tourne » (29). A ce propos, dans une étude de La Ligue en 2010, 95,5% des généralistes affirmaient rester en contact avec leurs patients après l'annonce (29). Ils s'estiment globalement satisfaits de l'information transmise par l'hôpital à 53% dans la thèse du Dr Couraud Laouisset (29). Dans une autre étude, 85% se déclarent satisfaits de la communication avec l'oncologue mais 69% estiment qu'elle devait être encore améliorée (30). Dans un autre enquête, 84% des médecins généralistes interrogés considéraient la quantité d'informations transmises par les spécialistes suffisante mais pointaient du doigt le délai et la qualité des informations (73). On retrouve ces mêmes idées dans la thèse du Dr De Brisson De Laroche dans laquelle les médecins généralistes déclaraient ne pas avoir les informations dont ils avaient besoin ou pas au bon moment (35). Les médecins de notre enquête rapportaient en texte libre : « retard du courrier et peu d'informations sur les effets secondaires des chimiothérapies et leurs prises en charge » ; « je sélectionne les endroits où j'adresse mes patients cancéreux âgés ». Ils sélectionnent donc les équipes spécialisées non plus seulement sur leurs réputations mais aussi et surtout sur leurs capacités à communiquer et à assurer un suivi partagé (28).

**Dans la coordination ville-hôpital, les difficultés rencontrées sont : joindre le médecin référent hospitalier, faire hospitaliser les patients en cas de problèmes aigus.**

- Dans l'organisation des soins à domicile :

**La difficulté la plus fréquemment citée est le caractère chronophage de ces prises en charge.**

En effet, elles nécessitent une certaine disponibilité du médecin généraliste pour son patient mais également pour son entourage (46). Il est souvent difficile pour eux de trouver du temps pour de telles prises en charge (48). Dans la thèse du Dr Couraud Laouisset, 65,2% des médecins généralistes interrogés évoquent le caractère chronophage de la prise en charge des patients atteints de cancer (29). En effet, au-delà du temps passé en consultation face au patient, il y a aussi de nombreuses tâches qui prennent du temps (29) :

- joindre le spécialiste référent pour un conseil ou pour faire hospitaliser le patient
- effectuer les démarches administratives et sociales : remplir le protocole d'ALD, remplir le dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ...
- coordonner les paramédicaux soit par téléphone, soit lors de rencontres dédiées

Par ailleurs, dans la thèse du Dr Sefssafi, un tiers des médecins généralistes interrogés ont déclaré que la gestion des soins palliatifs chez les patients âgés cancéreux était très chronophage (110). Voilà quelques remarques rapportées par les médecins généralistes de notre étude en texte libre au sujet du caractère chronophage :

- « le travail au cabinet a priorité sur les visites à domicile »
- « même les hotlines, (qui sont une avancée non négligeable), s'intègrent moyennement au rythme de travail du médecin généraliste : la gestion du téléphone s'ajoute au travail de consultation en tête à tête avec les patients +/- au travail de formation des internes et/ou externes. Peu de généralistes accordent des plages libres sans consultation afin de gérer les autres problèmes, et pour cause, d'une part, la demande des autres patients est permanente et suffit à remplir tous les créneaux (il est donc nécessaire de faire un effort pour refuser des consultations, ce qui consomme de l'énergie et entraîne un mécontentement), et d'autre part, dans le mode de travail libéral, il n'est pas prévu que ce temps puisse être rémunéré ».
- « il est particulièrement difficile d'organiser des réunions de concertation avec l'ensemble des intervenants. Les cahiers de liaisons et autres outils me semblent insuffisants pour une bonne coordination. Ce temps n'est de plus pas rémunéré ».

Dans le texte libre ci-dessus, les médecins de notre étude mettent clairement en parallèle le caractère chronophage de leur exercice avec **l'absence de rémunération adaptée qui arrive en deuxième position des difficultés rencontrées**. Hors temps de consultation, les tâches accomplies par les médecins ne sont pas rémunérées alors même qu'elles sont chronophages. Ainsi, dans la thèse du Dr Couraud Laouisset, 47,8% des médecins généralistes évoquent le manque de rémunération adaptée (29). De même, dans l'étude Vigneau, 47% des médecins généralistes trouvaient que les tarifs des actes en médecine générale étaient inadaptés à la prise en charge des patients atteints de cancer (29). Dans une enquête de La Ligue en 2010, 70,3% estimaient que leur place dans la prise en charge du patient cancéreux n'était pas reconnue à sa juste valeur (29). Le constat est le même en soins palliatifs : il existe un manque de rémunération qui freine l'investissement des médecins généralistes dans la prise en charge des soins palliatifs à domicile (46).

**L'exercice solitaire, arrivant en troisième position des difficultés rencontrées,** peut conduire à un sentiment d'isolement (106) et à un épuisement professionnel (49).

Bien que **la charge affective arrive en dernière position des difficultés rencontrées,** un des médecins généralistes rapporte en texte libre : « ça devient difficile pour des patients connus depuis 35 ans ... ». Dans la thèse du Dr Couraud Laouisset, 18,8% des médecins généralistes évoquent comme difficulté une charge affective importante dans la prise en charge des patients cancéreux (29). « Il y a une souffrance de ne pas pouvoir faire plus ... un sentiment d'impuissance » (46). Au-delà des connaissances, il faut aussi et surtout des compétences humaines avec un savoir-faire et un savoir-être pour prendre en charge les patients âgés atteints de cancer en phase palliative à domicile.

### II.3.3. 5. Exploration des facteurs déterminants la prise en charge

Aucune des trois variables testées (formation, cadre d'exercice, évaluation des soins de support) n'a démontré de lien statistiquement significatif avec la prise en charge médico-psycho-sociale, la collaboration avec l'EMSS, la satisfaction de la prise en charge ou encore les difficultés ( $p > 0,05$ ). Cela peut s'expliquer par un nombre insuffisant de réponse et donc de trop petits effectifs au sein des différents sous-groupes.

Dans sa thèse, le Dr De Brisson De Laroche ne retrouve pas d'association significative (35) :

- entre l'observation des champs des soins de support et la réalisation d'une formation
- entre le lieu d'exercice et la connaissance d'un référent
- entre le lieu d'exercice et les difficultés

En revanche, les médecins généralistes ayant effectué une formation considéraient les difficultés sociales et en soins palliatifs moindres que ceux n'ayant pas effectué de formation, cette association statistiquement significative n'ayant pas été retrouvée dans notre étude.

**Dans notre étude, effectuer une formation ou pas, travailler seul ou en groupe, évaluer de façon régulière les besoins en soins de support ne modifie pas de façon significative la prise en charge médico-psycho-sociale de ces patients, ni la collaboration avec l'EMSS, ni même les difficultés ressenties.**

Au terme de l'analyse et de la discussion, nous pouvons conclure que nos résultats sont globalement concordants avec les données de la littérature à l'exception du dépistage et de la prise en charge de la dépression.

## II.3. 4. Quelques préconisations

### II. 3.4. 1. Difficultés médico-psycho-sociales

Plusieurs propositions ont été formulées par l'Observatoire sociétal des cancers dans son cinquième rapport intitulé « les aidants, les combattants silencieux du cancer » (95) :

- faciliter l'accès aux aides à domicile pour les patients atteints de cancer quel que soit le type de traitement
- mieux informer les aidants en répondant à leurs questions (30)
- donner une information adaptée en fonction des besoins et des situations des malades et des aidants via l'outil « mes droits, mes démarches » qui sera accessible à l'Automne 2016 sur le site de la Ligue contre le Cancer
- soutenir les aidants de personnes atteintes de cancer pour éviter l'isolement ou l'épuisement en repérant de façon précoce les signes d'épuisement (58)
- sensibiliser les aidants à prendre en compte leur santé, en leur apportant notamment un soutien psychologique (46)

Par ailleurs, il existe également des aides pour l'accompagnant (49) le congé d'accompagnement, non-rémunéré par l'employeur, mais pour lequel l'Assurance Maladie verse une allocation journalière d'accompagnement pendant 21 jours.

**Dans quelques mois, une maison de répit ouvrira ses portes à Lyon, à l'initiative de la Fondation France Répit (95). Premier établissement de ce type en France, elle se situera à St Genis-les-Ollières.** Elle pourra accueillir des malades seuls pour gérer ou prévenir une situation d'épuisement des aidants. Mais elle proposera également des séjours familiaux permettant un retour à domicile plus serein par la suite. L'équipe sera composée de deux médecins référents et une équipe permanente d'une vingtaine de personnes : cadres de santé, soignants, auxiliaires de

vie, mais aussi par de nombreux bénévoles formés à la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

En ce qui concerne la gestion des événements aigus à domicile, il convient de citer l'élaboration de protocoles d'urgence (29,56) ainsi que de prescriptions anticipées (56,58). Des fiches pratiques concernant le repérage des symptômes d'inconfort et des protocoles concernant leur prise en charge (29,58) pourraient permettre une meilleure gestion à domicile sans avoir recours à l'hospitalisation. Dans le cadre de la continuité des soins, des fiches de transmission préétablies pourraient être utiles en cas de prise en charge par SOS médecins ou par le SAMU (58).

#### II. 3.4. 2. Difficultés dans la communication ville-hôpital

Le but d'une bonne communication est de favoriser la continuité des soins entre la phase curative et la phase palliative pour diminuer le sentiment d'abandon que pourrait éventuellement ressentir le patient (48). Des fiches concernant les effets secondaires des traitements ainsi que la conduite à tenir pourraient ainsi réduire ce manque de communication (106,111). Les informations seraient relayées par courrier électronique et notamment messagerie cryptée pour que les médecins généralistes les obtiennent en temps réel (23,29).

Les cahiers de transmission remplis au jour le jour et les rencontres de coordination semblent être des moyens pour pallier ces difficultés mais ils paraissent aujourd'hui insuffisants (90).

**Le plan cancer 2014-2019 prévoit de généraliser le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) et de mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital (action 2.19) (3). Fin 2017, le DCC devrait comprendre au moins la RCP et le PPS, tous deux informatisés (112).**

#### II. 3.4. 3. Difficultés dans l'organisation des soins à domicile

La Majoration Personnes Agées (MPA) a permis une rémunération forfaitaire de 5 euros par consultation de médecine générale à compter du 01/07/2013 pour les patients âgés de 85 ans et plus, puis à compter du 01/07/2014 pour les patients âgés de 80 ans et plus (113).

En cancérologie, seul le forfait ALD de 40 euros par an existe pour les médecins généralistes prenant en charge des patients atteints de cancer hors soins palliatifs (113).

Dans le cadre de la prise en charge des soins palliatifs à domicile, la rémunération existe actuellement sous deux formes : le paiement à l'acte ou le forfait de soin plus adapté notamment au travail de coordination des paramédicaux à domicile (29). Il existe une Majoration de Coordonation pour le Généraliste (MCG) de 3 euros par consultation (113). En outre, il existe un forfait mensuel : soit le médecin généraliste est coordinateur de l'équipe de soins et perçoit 80 euros par mois, soit il participe à la coordination et perçoit 40 euros par mois. En plus de ce forfait de coordination, le médecin généraliste reçoit un forfait mensuel de 90 euros par mois pour les soins effectués (114). Toutefois, il convient de souligner que ce problème de rémunération ne touche pas que les médecins généralistes puisque les soins de support ne sont pas reconnus financièrement (12). Ainsi, le financement de l'EMSS de Soins et Santé est assuré grâce à l'activité de leur HAD.

**Malgré les incitations financières déjà en place, les actes de prise en charge des soins oncologiques de support chez ces patients devraient être revalorisés pour une implication plus forte du généraliste en ambulatoire.**

Le levier de la formation pourrait permettre une amélioration des compétences jugées insuffisantes par les médecins généralistes dans notre étude. Ainsi, l'axe de la formation apparaît dans les plans cancer 2003-2007- et 2009-2013 (1,2) et dans la loi Clayes-Léonetti (44). Avec la loi HPST (15), la FMC devient le Développement Professionnel Continu (DPC). Ainsi, il existe de nombreux thèmes de DPC tels que les effets secondaires des traitements ou les soins palliatifs qui sont plébiscités par les médecins généralistes (30). Au niveau régional, on peut évoquer les soirées-formations organisées par l'Institut de Cancérologie des HCL à l'attention des médecins généralistes du Grand Lyon. C'est dans ce cadre que le Dr Perceau-Chambard est intervenue il y a quelques mois sur les nouveautés dans les traitements de la douleur. Il existe également des FMC « soins palliatifs » organisées par des organismes de formation dédiés aux médecins généralistes.

La charge affective trop lourde pourrait être diminuée notamment grâce aux groupes de pair et au groupe Balint (46).

Pour terminer, l'existence de réseau pourrait permettre de résoudre les situations complexes à domicile tout en maintenant le projet de vie (49). Bien qu'il existe des avantages et des inconvénients à ces structures (90), le réseau assure continuité des soins, soutien et formation au médecin généraliste (49,90). Le travail en réseau pourrait permettre de réduire les difficultés dans la prise en charge globale de ces patients, à l'interface ville-hôpital, ainsi que dans l'organisation des soins à domicile (29).

## CONCLUSION

### **Ce travail poursuivait les objectifs suivants :**

- décrire la prise en charge ambulatoire des soins de support chez les patients âgés atteints de cancer en phase palliative par les médecins généralistes du Grand Lyon
- déterminer leurs connaissances et leurs utilisations des moyens d'aide existants
- connaître les difficultés rencontrées dans leurs pratiques quotidiennes
- identifier les facteurs déterminants de leurs prises en charge

**Concernant la prise en charge médicale,** les médecins généralistes du Grand Lyon prennent en charge peu de patients âgés atteints de cancer en phase palliative. En général, ces patients leur posent des problèmes complexes à résoudre. Ils évaluent la qualité de vie de leurs patients de façon informelle. Ils évaluent régulièrement les besoins en soins oncologiques de support chez le sujet âgé, notamment en matière de douleur et de nutrition. Ils utilisent la morphine essentiellement à visée antalgique et sans avoir recours à un confrère. Ils font appel à un professionnel référent en cas de situation complexe. Enfin, en cas d'événement aigu à domicile, ils transfèrent leurs patients à l'hôpital : soit en oncologie, soit au service d'accueil des urgences.

**Concernant la prise en charge psycho-sociale,** ces patients leur posent aussi des problèmes complexes voire très complexes à résoudre. Ils bénéficient d'un diagnostic précoce de la dépression. Les médecins généralistes utilisent une approche médicamenteuse et psychologique pour pallier à la souffrance morale de leurs patients. Des aides humaines sont mises en place pour réduire l'isolement de ces personnes âgées malades. Enfin, les médecins de notre étude déclarent parler de la mort avec le patient et son entourage.

**Sur le plan des aides à domicile existantes,** les moyens connus et utilisés par les médecins généralistes lyonnais sont majoritairement ceux remboursés par l'Assurance Maladie.

Les moyens connus mais non-utilisés sont essentiellement les soins restants à la charge du patient. Et les moyens inconnus correspondent principalement aux soins de support émergents. Nos répondants ont déclaré, pour la plupart d'entre eux, travailler en collaboration avec l'Equipe Mobile des Soins de Support de Soins et Santé.

**Sur le plan des difficultés**, les généralistes ayant répondu à notre enquête sont plutôt satisfaits de la prise en charge des soins de support chez ces patients bien qu'ils jugent leurs compétences en soins de support insuffisantes. **Ils rencontrent des difficultés liées** : à la souffrance de l'entourage et à l'épuisement familial ainsi qu'à la gestion des événements aigus à domicile, à la coordination ville-hôpital, et enfin au caractère chronophage de ces prises en charge dont la rémunération semble être inadaptée.

Face à ces difficultés, quelques préconisations ont été proposées dans la discussion.

Nous n'avons pas réussi à identifier de facteurs pouvant influencer de manière significative la prise en charge ambulatoire de ces patients. En effet, les analyses statistiques réalisées à l'aide des tests du Chi 2 et de Fischer n'ont pas mis en évidence d'associations statistiquement significatives.

Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature en ce qui concerne la prise en charge globale de ces patients ainsi que les difficultés rencontrées. Toutefois, dans notre étude, les pourcentages relatifs au dépistage précoce du syndrome dépressif et à son traitement médicamenteux sont à nuancer. En effet, dans la littérature, la dysthymie est bien souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée au sein de la population gériatrique.

Notre travail a donc donné l'opportunité aux médecins généralistes du Grand Lyon de s'exprimer sur un sujet actuel qui les concerne et qui les concernera encore davantage à l'avenir avec le vieillissement de la population française, le développement des traitements oncologiques en ambulatoire et la prise en charge des soins palliatifs à domicile.

# BIBLIOGRAPHIE

- (1) Mattei J-F, Haigneré C. Plan cancer 2003-2007 [Internet] 16 janvier 2003 p. 27. Disponible sur : [www.plancancer.fr](http://www.plancancer.fr) (Consulté le 06/12/2015)
- (2) Pr Grunfeld J-P. Plan cancer 2009-2013. février 2009 p. 140.
- (3) Touraine M, Fioraso G. Plan cancer 2014-2017. 4 février 2014 p. 152.
- (4) Moriceau M, Weber C. Cancer chez la personne âgée : démarche oncogériatrique et dépistage des patients fragiles pour une prise en charge optimale. *Revue Internationale de Soins Palliatifs*. 2007 ; 22(2) p. 49 à 55
- (5) Institut National du Cancer. Epidémiologie - Oncogériatrie [Internet]. [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr). 2012 (Consulté le 17/03/2016). Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie/Epidemiologie>
- (6) Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. *Insee Première*. 1er octobre 2010 ; (1320) p. 4
- (7) Pr Maraninchi D, Pr Droz J-P, Pr Courpron P, Pr Balducci L, Pr Piette F, Pr Harousseau J-L, et al. État des lieux et perspectives en oncogériatrie [Internet]. Boulogne-Billancourt : Institut National du Cancer ; mai 2009 (Consulté le 6 décembre 2015) p. 381. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Etat-des-lieux-et-perspectives-en-oncogeriatrie>
- (8) Insee. Principales causes de décès des personnes âgées en 2012 [Internet]. [www.insee.fr](http://www.insee.fr). 2012 (Consulté le 17 mars 2016). 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)
- (9) Knorreck F, Delvoie V, Lehmann F, Pradillon G, Buissette A, Perreaux S. Place et spécificité des réseaux de soins palliatifs en gériatrie. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/760743/resultatrecherche/54>. 12 novembre 2014 ; 19(110) p. 20 à 23.
- (10) Freyer G, Falandry C. Oncogériatrie : une discipline émergente. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/843527/resultatrecherche/19>. 11 octobre 2013 ; 34(10) p. 589 à 590.
- (11) Rigal O, Guillemet C. Les soins de support en oncogériatrie : une aide pour les malades tout au long de la maladie. *Cahier de l'Année Gériatrique*. mars 2011 ; 3(1) p. 33 à 39.
- (12) Unicancer. Quelle prise en charge des cancers en 2020. Dossier de presse présenté à Paris le 16 octobre 2013.
- (13) Circulaire DHOS/SDO relative à l'organisation des soins en cancérologie [Internet]. [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr). 2005 (Consulté le 08/05/2016). Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>

- (14) Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002.
- (15) Bachelot R. Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires [Internet]. Power Point présenté à Paris ; 7 septembre 2009 (Consulté le 17/03/2016). Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi\\_Hpst\\_07-09-09.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf)
- (16) Colombat P, Antoun S, Aubry R, Banterla-Dadon I, Barruel F, Bonel JM, et al. A propos de la mise en place des soins de support en cancérologie : pistes de réflexions et propositions. *Revue Internale de Soins Palliatifs*. 2009 ; 24(2) p. 61 à 67.
- (17) Krakowski I, Boureau F. Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/97336/resultatrecherche/6>. juin 2004 ; 3(3) p. 134 à 143.
- (18) Les cancers en France - Edition 2015. Boulogne-Billancourt: Institut National du Cancer ; avril 2016 p. 240. (Les Données).
- (19) Falandry C, Filbet M, Magnet M, Trillet-Lenoir V, Bonnefoy M. Oncogériatrie : quelle réalité aujourd'hui ? <http://www.em-Premiumcomdocelecuniv-Lyon1frdatarevues16366522v10i5S1636652211001188>. 15 oct 2011 ;10(5) p. 223 à 229.
- (20) Institut National du Cancer. Oncogériatrie [Internet]. (Consulté le 26 janvier 2016). Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatric>
- (21) Pignon T, Rafaramino F, Scalliet P. Cancer et sujets âgés. Prise en charge. Aspects décisionnels. *Revue de Médecine Interne*. 2000 ; 21(9) p. 765 à 776.
- (22) Piette F, Spano J-P, Chaibi P, Legendre C, Toan S-V, Chebib A, et al. Oncogériatrie : une évidence épidémiologique. *Presse Médicale*. février 2010 ; 39(2) p. 208 à 215.
- (23) GOTTHEFF-SOUSSAN K. Place du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique : point de vue des spécialistes hospitaliers [Thèse d'exercice]. Paris Diderot - Paris 7 ; 2014.
- (24) Droz J-P, Castel-Kremer E. Mécanisme de décision en oncogériatrie. *Revue du Praticien*. 20 mars 2009 ; 59 p. 1 à 7.
- (25) Vincent H, Caillet P, Culine S, Paillaud E. Évaluation Gériatrique Approfondie : intérêt dans la détermination des soins de support à mettre en place chez la personne âgée atteinte de cancer. *JOG*. avril 2011 ; 2(2) p. 70 à 76.
- (26) Godard J. Médecine générale et cancer. 2013.
- (27) Pr Grünfeld J-P. Recommandations pour le plan cancer 2009-2013 - Pour un nouvel élan. février 2009 p. 104.
- (28) Bungener M, Demagny L, Holtedahl K, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? *Pratiques et Organisation des Soins*. septembre 2009 ; 40(3) p. 191 à 196.

- (29) Couraud Laouisset C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer [Thèse d'exercice]. Paris 7 - Diderot ; 2011.
- (30) Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, De Carvalho V, Grand M, et al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/964850/resultatrecherche/82>. Mai 2012 ; 99(5) p. 557 à 562.
- (31) ARS Lorraine, Médecins Lorraine URPS, Réseau Régional de Cancérologie de Lorraine, Conseil Régionale de l'Ordre des Médecins. Médecins généralistes : leur rôle dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer. 2013.
- (32) Krakowski I, Colombat P. Soins de support en oncologie : nous sommes tous concernés. La revue du Praticien. 30 novembre 2006 ; 56 p. 1987 à 2043.
- (33) d'Hérouville D, Daydé M-C, Hacpille L, Laval G, Jousselein C, de Beauchêne M, et al. Guide pour la mise en place d'une coordination de soins de support. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/97574/resultatrecherche/102> Juin 2006 ; 5(3) p. 156 à 158.
- (34) Hacpille L. Soins de support, soins palliatifs. Médecine Palliative. juin 2005 ; 4(3) p. 99 à 100.
- (35) Brisson de Laroche V de. Soins oncologiques de support : besoins, attentes, et place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Caen ; 2010.
- (36) Bonnes pratiques cliniques pour les mucites induites par une thérapie anticancéreuse. MASCC / ISOO ; 2014.
- (37) Dr Scotté F, Dr Rey J-B, Dr Aapro M, Dr Launay-Vacher. Traductions des recommandations antiémétiques de la MASCC. Power Point ; avril 2011
- (38) Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes. Référentiels en soins de support [Internet]. [www.rrc-ra.fr](http://www.rrc-ra.fr). 2014 (Consulté le 12/01/2016). Disponible sur: <http://www.rrc-ra.fr/Pages/referentiels-soins-support.aspx>
- (39). Fondras J-C. Soins palliatifs et soins de support en oncologie. Définitions, présupposés et enjeux. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/97242/resultatrecherche/6>. Juin 2003 ; 2(3) p. 159 à 167.
- (40) Viallard M-L, Pourchet S. Soins palliatifs : place de la démarche palliative en pratique médicale et soignante. La revue du praticien. 20 juin 2009 ;59 p. 763 à 819.
- (41) Bouleuc C, Burnod A, Danis J, Renault-Tessier E. Comment intégrer de manière précoce les soins palliatifs pour les patients atteints de cancer bronchique ? <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/1026751/resultatrecherche/10>. 2015 ; 7(4) p. 539 à 544.
- (42) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. New England Journal of Medicine. 19 octobre 2010 ; 363(8) p. 733 à 742.

- (43) Colombat P, Antoun S, Aubry R, Banterla-Dadon I, Barruel F, Bonel JM, et al. A propos de la mise en place des soins de support en oncologie : pistes de réflexions et propositions. *Hématologie*. 3 avril 2009 ; 1(1) p. 72-90.
- (44) L'Assemblée Nationale, Le Sénat. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [Internet]. 2 Février 2016. (Consulté le 19/03/2016). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/2/2/AFSX1507642L/jo/texte>
- (45) Vantomme C. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge au domicile des patients en soins palliatifs - Enquête auprès de 268 médecins généralistes dans le Val-de-Marne [Thèse d'exercice]. Paris Val-de-Marne ; 2007.
- (46) Dromer C. Les facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale : vécu des médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. Nice Sophia Antipolis ; 2013. (Consulté le 13/12/2015). Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00986434/document>
- (47) Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? *Médecine Palliative - Soins Support - Accompagnement - Éthique*. décembre 2011 ; 10(6) p. 286 à 291.
- (48) Astier C. Quels sont les besoins et les attentes des médecins généralistes dans l'aide à la mise en place de soins palliatifs à domicile ? [Internet] [Thèse d'exercice]. Nice Sophia Antipolis ; 2013. (Consulté le 13/12/2015). Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00913148/document>
- (49) Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? *Médecine Palliative - Soins Support - Accompagnement - Éthique*. avril 2013 ; 12(2) p. 55 à 62.
- (50) Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support [Internet]. [www.afsos.org](http://www.afsos.org/). 2009. (Consulté le 15/12/2015). Disponible sur: <http://www.afsos.org/-Livret-d-information-sur-les-soins-.html>
- (51) Senesse P, Bachmann P, Bensadoun R-J, Besnard I, Bourdel-Marchasson I, Bouteloup C, et al. Recommandations professionnelles. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 20 novembre 2012 ; 26 p. 151 à 158.
- (52) Reich M. La dépression en oncologie. *Cancer Radiothérapie*. 6 octobre 2010 ; 14 p. 535 à 538.
- (53) Fondras J-C. Du nouveau sur soins de support et soins palliatifs. À propos d'une polémique. *Médecine Palliative - Soins Support - Accompagnement - Éthique*. juin 2008 ; 7(3) p. 149 à 153.
- (54) Aubry R, Hirsch G, Daydé M-C. Faut-il craindre ou souhaiter les soins de support ? La SFAP en questions. *Médecine Palliative*. septembre 2004 ; 3(4) p. 163 à 165.

- (55) Viallard M-L. Soins de support, soins palliatifs : différence sémantique ou divergence idéologique ? <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/97240/resultatrecherche/29>. Juin 2003 ; 2(3) p. 115 à 117.
- (56) ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. [www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr](http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr). 2003 ; 2(3) p. 119 à 135.
- (57) Bounon L, Béal J-L, Alavoine V. À propos de l'éditorial de Marcel-Louis Viallard « Médecine, soins palliatifs, soins de support : l'unicité est dans une visée éthique partagée ». <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/97567>. Juin 2006 ; 5(3) p. 122.
- (58) HAS. Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative. HAS ; 2013.
- (59) Rhône-Alpes - Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : tous les établissements de type Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en région Rhône-Alpes [Internet]. [www.annuaire.action-sociale.org](http://www.annuaire.action-sociale.org). 2016 (Consulté le 03/03/2016). Disponible sur: <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/service-de-soins-infirmiers-a-domicile--s-s-i-a-d--354/rgn-rhone-alpes.html>
- (60) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) | Pour les personnes âgées [Internet]. [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr). 2016 (Consulté le 04/04/2016). Disponible sur: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile>
- (61) HAS. Chimiothérapie en HAD : monographie de l'HAD du Centre Léon Bérard. HAS ; 2014.
- (62) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Institut National du Cancer, ASIP Santé. Annuaire National des RCP [Internet]. (Consulté le 24/04/2016). Disponible sur: <https://www.annuaire-rcp.sante.fr/anrcp/ihm/#/home>
- (63) Albrand G, Terret C. Présentation du Dispositif d'Onco-Gériatrie [Internet]. Power Point présenté lors de la 1ère Journée Interrégionale d'OncoGériatrie Rhône-Alpes / Auvergne ; 21 mars 2014 (Consulté le 03/06/2016); Saint-Etienne. Disponible sur: <http://espacecancer.sante-ra.fr/oncogeriatric/Ressources/documents/journee-interregionale-2014/UCOG%20Rhodanienne%20-%20Pr%C3%A9sentation%20dispositif%20UCOG.pdf>
- (64) Circulaire DHOS/02 n°2008-99 relative à l'organisation des soins palliatifs. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ; 2008.
- (65) Ministère des Affaires sociales et de la Santé. L'hospitalisation à domicile - Prises en charge spécialisées [Internet]. [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr). 2016 (Consulté le 04/04/2016). Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had>
- (66) La Métropole de Lyon en chiffres [Internet]. (Consulté le 15/12/2015). Disponible sur: <http://www.grandlyon.com/metropole/pourquoi-la-metropole.html>

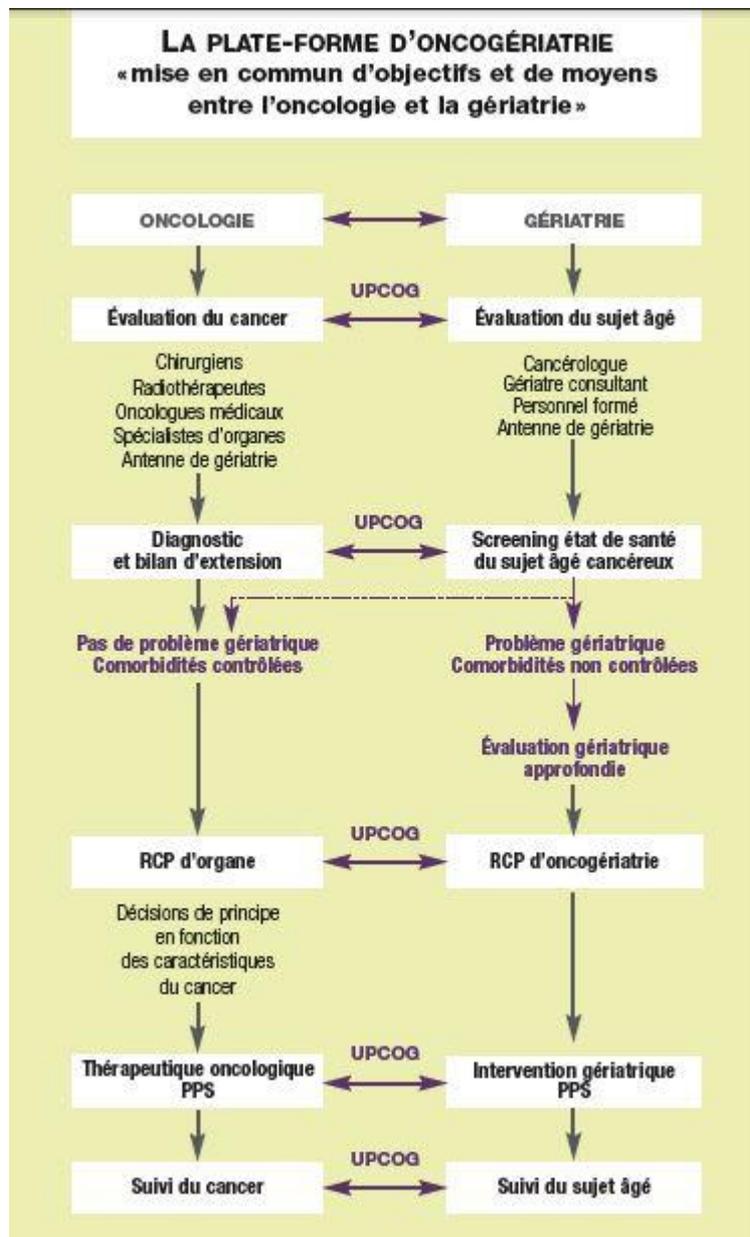
- (67) Soubeyran P-L. Place de l'intervention gériatrique chez les sujets âgés traités pour un cancer - essai de phase III - résumé PREPARE. 2015.
- (68) Dr May-Levin F, Dr Di Palma M. Avoir un cancer après 70 ans. La ligue contre le cancer ; 2009.
- (69) Dr Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2016.
- (70) URPS médecins Rhône-Alpes. Démographie des médecins généralistes en région Rhône-Alpes - Département du Rhône [Internet]. URPS médecins Rhône-Alpes ; 2012 (Consulté le 15/03/2016). Disponible sur: [www.urps-med-ra.fr](http://www.urps-med-ra.fr)
- (71) L'Union Régionale des Professionnels de santé Médecins de Rhône-Alpes. Aides financières aux médecins libéraux [Internet]. [www.urps-med-ra.fr](http://www.urps-med-ra.fr). 2016 (Consulté le 04/04/2016). Disponible sur: <http://www.urps-med-ra.fr/exercice-professionnel/aides-financieres/47>
- (72) HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. 2013.
- (73) Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/101417/resultatrecherche/2>. 28 juin 2003 ; 32(23) p. 1060 à 1065.
- (74) De La Tour A, Lepain C, Lefort S, Cornu M, Nectoux M, Villaret J. Besoins en soins palliatifs sur le Centre Hospitalier d'Argenteuil. Résultat du questionnaire d'évaluation. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/97270/resultatrecherche/8>. Octobre 2003 ; 2(5) p. 283 à 292.
- (75) Nguyen T-D, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H. Perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/965355/resultatrecherche/3>. Octobre 2011 ; 98(10) p. 1143 à 1152.
- (76) Wymenga ANM, Slaets JPJ, Sleijfer DT. Treatment of cancer in old age, shortcomings and challenges. *The Netherlands Journal of Medicine*. novembre 2001 ; 59(5) p. 259 à 266.
- (77) Extermann M, Aapro M. Assessment of the older cancer patient. *Hematology / Oncology Clinics of North America*. février 2000 ; 14(1) p. 63-77.
- (78) Balducci L, Stanta G. Cancer in the frail patient : A Coming Epidemic. *Hematology / Oncology Clinics of North America*. février 2000 ; 14(1) p. 235 à 250.
- (79) Balducci L. Management of cancer in the elderly. *Cancer Netw*. février 2006 ; 20(2) p. 14.
- (80) Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga G, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition : Non-surgical oncology. *Clinical Nutrition*. avril 2006 ; 25(2) p. 245 à 259.
- (81) Mercier M, Schraub S. Qualité de vie : quels outils de mesure ? In Deauville ; 2005. p. 6.

- (82). Zittoun R. De la qualité de vie aux soins palliatifs en cancérologie. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/963563/resultatrecherche/47>. Mars 2013 ; 100(3) p. 183 à 189.
- (83) Rotonda C. La qualité de vie dans la prise en charge des patients atteints de cancer. 4ème Conférence Grand Public du Cancéropôle du Grand-Est ; 26 novembre 2012.
- (84) Barlesi F, Tchouhadjian C, Doddoli C, Astoul P, Thomas P, Auquier P. Qualité de vie : attitudes et perceptions des médecins d'un réseau régional de soins en oncologie thoracique. *Santé Publique*. septembre 2006 ; 18(3) p. 429 à 442.
- (85) Pautex S, Bizon M, Escher M, Steiner N, Von Wyss M. Evaluation des symptômes en fin de vie et leur soulagement. *Revue Internationale de Soins Palliatifs*. 1 sept 2001 ; 16(3) p. 11 à 14.
- (86) Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. *Médecine Palliative - Soins Support - Accompagnement - Éthique*. avril 2012 ; 11(2) p. 90 à 97.
- (87) Ben Diane MK, Pegliasco H, Galinier A, Lapiana J-M, Favre R, Peretti-Watel P, et al. Prise en charge des malades en fin de vie en médecine générale et spécialisée. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/101221/resultatrecherche/1>. 2003 ; 32(1) p. 488 à 492.
- (88) Peloso C, Landré T, Dulou L, Sebbane G, Ratiney R. Évaluation de la prise en charge médicamenteuse de la douleur chez les patients âgés atteints de cancer. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/857371/resultatrecherche/47>. 8 décembre 2013 ; 48(4) p.278.
- (89). Mino J-C. Étude par entretiens sur les avis des généralistes et des équipes des réseaux à propos de leur collaboration. *Médecine Palliative*. février 2006 ; 5(1) p. 21 à 25.
- (90) Brinza Latour M. Admission au service des urgences d'un hôpital public de patients âgés relevant des soins palliatifs [Thèse d'exercice]. Paris Val-de-Marne ; 2007.
- (91) Lanusse-Cazalé G. Fins de vie à domicile : un challenge pour le médecin généraliste. *Médecine Palliative - Soins Support - Accompagnement - Éthique*. août 2011 ; 10(4) p. 183 à 185.
- (92) Rhondali W, Chirac A, Celles L, Filbet M. Dépression et cancer en phase avancée : concordance entre différentes stratégies de dépistage. *Bulletin du Cancer (Paris)*. février 2014 ; 101(2) p. 137 à 143.
- (93) Duong P-H. Comment diagnostiquer et traiter la dépression en soins palliatifs ? *Revue Internationale de Soins Palliatifs*. décembre 2001 ; 16(4) p. 10 à 16.
- (94) Drunat O, Waksman N, Koskas P, Peyneau C. Dépression du sujet âgé : l'affaire du gériatre. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/926344/resultatrecherche/1>. 25 septembre 2014; 14(83) p. 255 à 258.

- (95) Ligue Nationale Contre le Cancer, Plan Cancer 2014-2019. Les aidants : les combattants silencieux du cancer [Internet]. 5ème Rapport de l'Observatoire sociétal des cancers. Paris ; La Ligue Nationale Contre le Cancer ; juin 2016 (Consulté le 24 août 2016) p. 144. Disponible sur: [https://www.ligue-cancer.net/article/37650\\_5eme-rapport-de-observatoire-societal-des-cancers](https://www.ligue-cancer.net/article/37650_5eme-rapport-de-observatoire-societal-des-cancers)
- (96) Antoine V, De Wazières B, Houédé N. Attentes des professionnels hospitaliers impliqués dans la prise en charge globale en oncogériatrie. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/958009/resultatrecherche/4>. Février 2015 ; 102(2) p. 150-61.
- (97) Clément-Hryniewicz N. La personne âgée et la mort. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/668861/resultatrecherche/18>. Octobre 2011 ; 16(9) p. 31 à 34.
- (98) Daydé M-C. Soins palliatifs à domicile : évolutions et perspectives. Médecine Palliative - Soins Support - Accompagnement - Éthique. octobre 2012 ; 11(5) p. 275 à 282.
- (99) Boucher M. Fin de vie en hospitalisation à domicile. Acteurs : médecins généralistes, médecins coordonnateurs, équipe HAD [Internet] [Thèse d'exercice]. Joseph Fourier - Faculté de Médecine de Grenoble ; 2011 (Consulté le 13/12/2015). Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00644075/document>
- (100). Masdoua V. La problématique de la supplémentation nutritionnelle orale et de l'acte diététique en ville. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/34099/resultatrecherche/1>. 2005 ; 19(2) p. 82 à 89.
- (101) Poulin E, Nicaise F, Baqué O. Des psychologues au sein d'un réseau de cancérologie. Revue Francophone de Psycho-Oncologie. 2005 ; 4(2) p. 86 à 89.
- (102) La Ligue Contre le Cancer. Soutien psychologique : espace de parole pour les proches [Internet]. [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net). 2016 (Consulté le 03/03/2016). Disponible sur: [https://www.ligue-cancer.net/article/33467\\_espace-de-parole-pour-les-proches](https://www.ligue-cancer.net/article/33467_espace-de-parole-pour-les-proches)
- (103) La Ligue Contre le Cancer. Atelier d'expression théâtrale [Internet]. [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net). 2016 (Consulté le 03/03/2016). Disponible sur: [https://www.ligue-cancer.net/article/34018\\_atelier-dexpression-theatrale](https://www.ligue-cancer.net/article/34018_atelier-dexpression-theatrale)
- (104) La Ligue Contre le Cancer. Les soins de support, pour mieux vivre avec le cancer. 2009.
- (105) Daydé M-C. Complexité, incertitude et interdisciplinarité : l'apport du travail en réseau. Médecine Palliative - Soins Support - Accompagnement - Éthique. mai 2012 ; 11(3) p. 164 à 169.
- (106) Dardenne S, Boennec F. Le vécu et les attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées face aux personnes âgées atteintes de plus de 75 ans atteintes de cancer [Thèse d'exercice]. Toulouse III - Paul Sabatier ; 2014.
- (107). De Bonnières A, Estry-Behar M, Lassaunière J-M. Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. Médecine Palliative - Soins Support - Accompagnement - Éthique. août 2010 ; 9(4) p. 167 à 176.

- (108) Rhondali W, Filbet M, Bruera É. La médecine palliative dans les dix prochaines années. <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/760743/resultatrecherche/54>. Janvier 2012 ; 11(5) p. 233 à 245.
- (109) Van Lander A, Guastella V, Dalle N. Psycho-oncologie et culture du mourir à domicile : l'appel à la pluridisciplinarité des médecins généralistes. *Psycho-Oncologie*. juin 2010 ; 4(2) p. 135 à 139.
- (110) SEFSSAFI APJ. Place du médecin généraliste dans la décision de soins chez le sujet âgé atteint de cancer [Thèse d'exercice]. Paris Diderot - Paris 7 ; 2014.
- (111) Bacrie J, Lassoued D. Evaluation de fiches sur les effets secondaires des chimiothérapies anti-cancéreuses à l'usage des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Toulouse III - Paul Sabatier ; 2012.
- (112) Institut National du Cancer. Le dossier communicant de cancérologie - Parcours de soins des patients [Internet]. [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr). 2016 (Consulté le 15/12/2015) Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Le-dossier-communicant-de-cancerologie>
- (113) L'Assurance Maladie. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine [Internet]. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr). 2015 (Consulté le 11/01/2016). Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole.php>
- (114) Costes P, Spaeth J-M, Gros J. Avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes libéraux et les caisses d'assurance maladie [Internet]. N°215 17 septembre 2003 p. 15958. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/avenant/2003/9/17/SANS0323554X/jo>

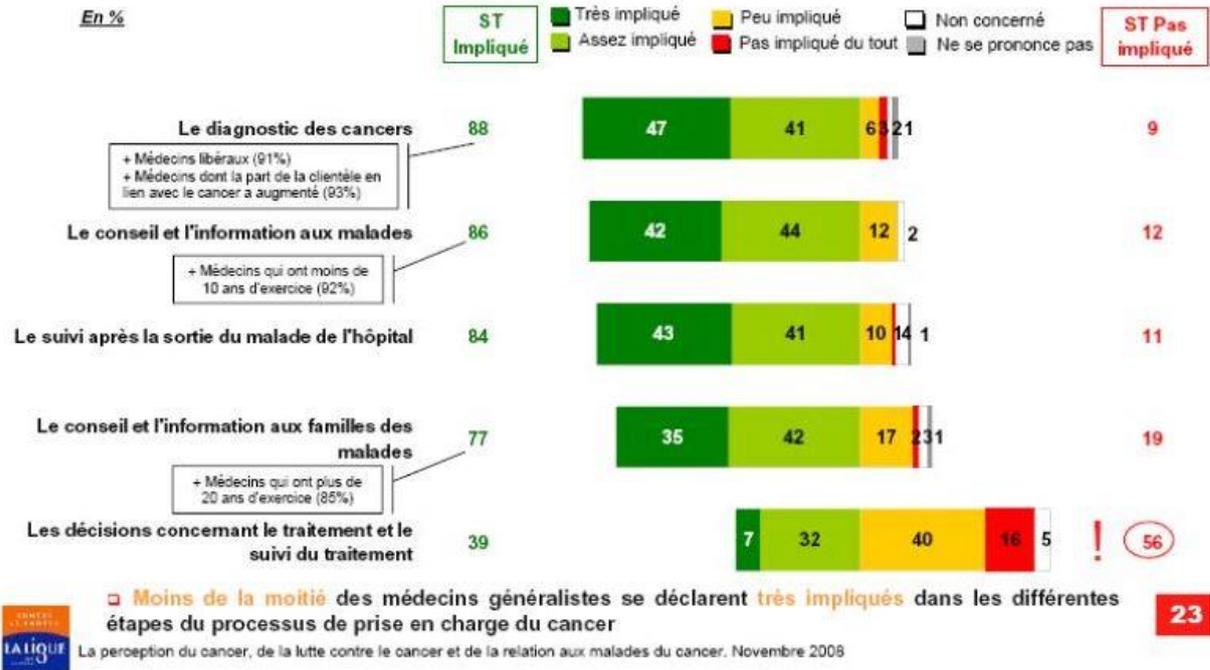
ANNEXE 1 : organisation de la prise en charge entre oncologue et gériatre



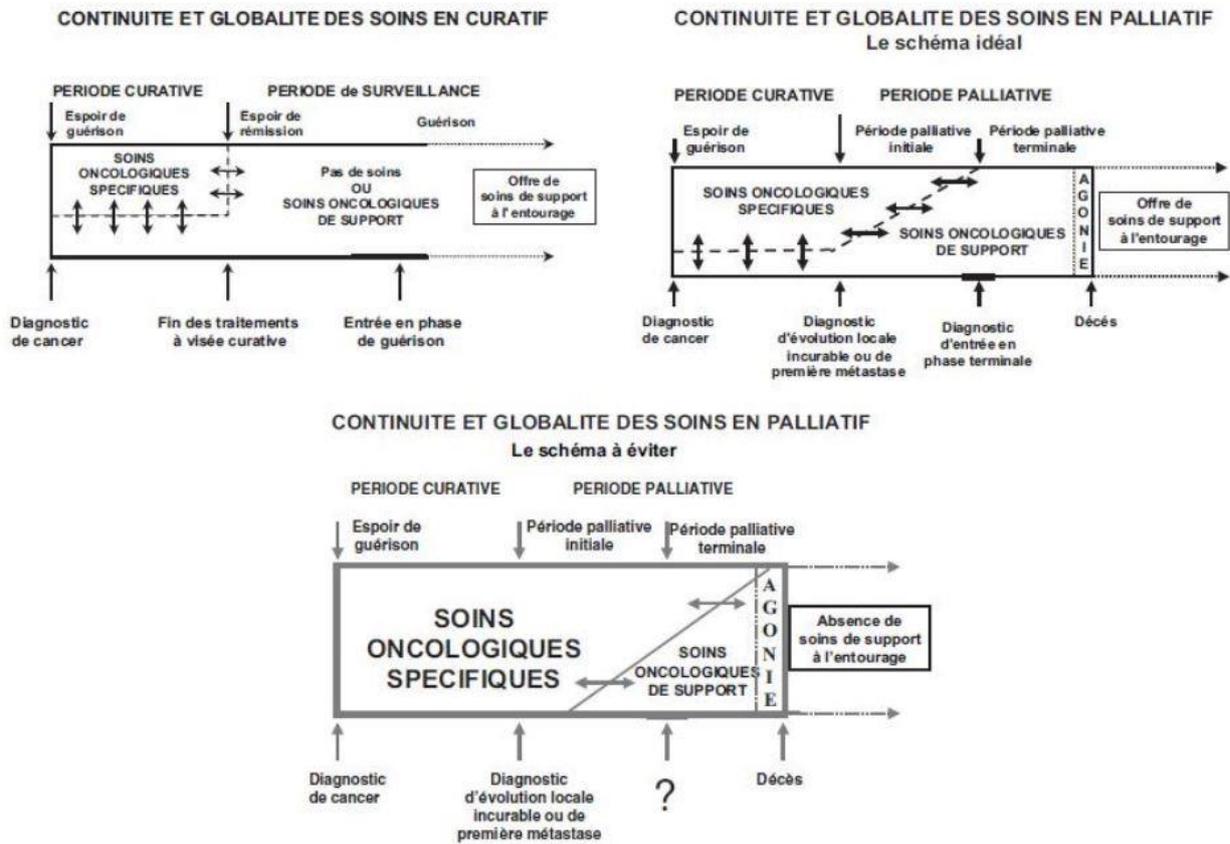
## ANNEXE 2 : Niveau d'implication des généralistes dans la prise en charge du cancer

En ce qui concerne les cas de cancer que vous avez été amené à suivre, dites-moi si, de manière générale, vous avez été très, assez, peu ou pas du tout impliqué dans... ?

Base : Médecins généralistes



## ANNEXE 3 : schématisation des concepts de soins continus et globaux



## ANNEXE 4 : 28 Services de Soins Infirmiers à Domicile dans le Grand Lyon

- S.S.I.A.D. DE BRON (69500)
- S.S.I.A.D. DE CRAPONNE (69290)
- SERVICES DE SOINS A DOMICILE DE DECINES-CHARPIEU (69150)
- S.S.I.A.D. SMD LYON 1<sup>ER</sup> (69001)
- S.S.I.A.D. SMD LYON 2<sup>EME</sup> (69002)
- S.S.I.A.D. MA DEMEURE (69003)
- S.S.I.A.D. FDGL (69003)
- S.S.I.A.D. ARCADES SANTE (69004)
- A.C.P.P.A. RESIDOM (69005)
- S.S.I.A.D. LYON 6 C.C.M.S (69006)
- S.S.I.A.D. ASSI LYON 8EME (69008)
- S.S.I.A.D. POLYDOM (69008)
- A.C.P.P.A. RESIDOM (69009)
- SERVICE SOINS INFIRMIERS POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (69330)
- S.S.I.A.D. DE NEUVILLE-SUR-SAONE (69250)
- S.S.I.A.D. ENTR'AIDE OULLINS (69600)
- S.S.I.A.D. PIERRE BENITE (69310)
- S.S.I.A.D. RESIDOM RILLIEUX LA PAPE (69140)
- S.S.I.A.D. "SOINS ET SANTE" RILLIEUX LA PAPE (69141)
- S.S.I.A.D. FEYZIN (69195)
- S.S.I.A.D. DE SAINT-PRIEST (69800)
- S.S.I.A.D. RESIDOM TASSIN LA DEMI-LUNE (69160)
- S.S.I.A.D. DE VAULX-EN-VELIN (69120)
- S.S.I.A.D. DE VENISSIEUX (69200)
- S.S.I.A.D. APF VILLEURBANNE (69100)
- S.S.I.A.D. DE VILLEURBANNE - O.V.P.A.R. VILLEURBANNE (69100)
- S.S.I.A.D. HOSPITALITE DE BETHANIE VILLEURBANNE (69100)
- S.S.I.A.D. DE VILLEURBANNE - C.C.A.S. VILLEURBANNE (69601)

ANNEXE 5 : les soins de support financés par les associations de La Ligue

# Les espaces de la Ligue contre le cancer, c'est :

**FIL DE SOI**  
*Hôpital de la Croix Rousse*

- Socio Esthétique
- Détente corporelle par massage
- Relation d'aide
- R.E.S.C. (Raisonnance par électro-stimulation cutanée)

**BULLE D'R**  
*Hôpital Édouard Herriot*

- Socio Esthétique
- Gymnastique douce

**EST-IME DE SOI**  
*Groupement hospitalier Est*

- Socio Esthétique
- Psychomotricité

CONTRE  
LE CANCER  
**LA LIGUE**

**COMITÉ DU RHÔNE**  
86 bis Rue de Sèze  
69006 Lyon  
Mail : [cd69@ligue-cancer.net](mailto:cd69@ligue-cancer.net)  
Internet : [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)

**ESTIME SOINS**  
*Centre hospitalier Lyon Sud*

- Socio Esthétique
- Art thérapie
- Gymnastique douce

**ESPACE BIEN-ÊTRE**  
*Centre hospitalier de Villefranche*

- Socio Esthétique
- Shiatsu
- Atelier de nutrition

Téléphone : 04 78 24 14 74

## ANNEXE 6 : Questionnaire définitif envoyé aux généralistes du Grand Lyon

### **MESSAGE D'ACCROCHE POUR L'ENVOI DU QUESTIONNAIRE DEFINITIF**

Chère consœur, cher confrère,

Je sollicite votre bienveillance via l'URPS Rhône-Alpes-Auvergne pour contribuer à l'élaboration de mon étude. Dans le cadre de mon travail de thèse, je réalise une enquête de pratique sur le sujet suivant : « **le médecin généraliste et les soins de support en oncogériatrie dans le Grand Lyon** ».

Ce questionnaire en ligne vous prendra **moins de 10 minutes**. Les réponses sont bien évidemment totalement anonymes. Vous pourrez consulter les résultats de cette enquête puisqu'un exemplaire de ma thèse sera disponible à l'URPS en fin d'année.

Merci de cliquer ci-dessous sur le lien du questionnaire à remplir en ligne : [https://docs.google.com/forms/d/1MVhOuzvwBndmyCJCFhJM9zOGpIGYcxQsmNxxwCk\\_zo5M/viewform](https://docs.google.com/forms/d/1MVhOuzvwBndmyCJCFhJM9zOGpIGYcxQsmNxxwCk_zo5M/viewform)

Pour que les résultats soient représentatifs, j'ai besoin de la participation du plus grand nombre de médecin généraliste sur le Grand Lyon, et donc de vous !

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

En vous remerciant d'avance pour votre collaboration.  
Bien confraternellement.

Marie VALERO  
interne en 5<sup>ème</sup> semestre de médecine générale  
Faculté de Médecine LYON-EST  
Université Claude Bernard Lyon I  
marie.s.valero@gmail.com

## I. Caractéristiques des médecins généralistes

1) Etes-vous ?

- un homme                       une femme

2) Quelle est votre tranche d'âge ?

- < 40 ans                       41-50 ans  
 51-60 ans                       > 60 ans

3) Quel mode d'exercice de médecine libérale pratiquez-vous ?

- individuel                       en cabinet de groupe

4) Quel est le code postal de votre lieu d'exercice ? .....

5) Prenez-vous en charge les soins de support(1) chez des patients oncogériatriques(2) en phase palliative (3) ?                       oui                       non

(1) les soins de supports répondent à des besoins qui peuvent survenir pendant la maladie et lors de ses suites et qui concernent principalement la prise en compte de la douleur, de la fatigue, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs, les handicaps et les problèmes odontologiques. Ils concernent aussi les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle et l'accompagnement de fin de vie

(2) patients oncogériatriques = personnes âgées de > 70 ans atteintes de cancer

(3) phase palliative = période de soins d'une maladie jugée incurable, d'emblée ou secondairement, durant laquelle des soins de support, exclusifs ou associés à d'éventuels soins spécifiques (chimiothérapie/radiothérapie) sont appliqués avec un espoir de stabilisation et/ou d'amélioration de la qualité de vie

Si oui, combien sur l'année 2015 ?     entre 1 et 2     entre 3 et 5     entre 6 et 10     > 10

Si non, merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

6) Si oui, avez-vous déjà effectué une formation en lien avec la thématique ?

- oui                       non

Si oui, laquelle ? .....

## II. Prise en charge médicale en ambulatoire

1) Dans votre pratique, ce type de patient vous pose-t-il des problèmes d'ajustement thérapeutique :

- oui                       non

Si oui, ils vous semblent :                       simples à résoudre                       complexes à résoudre

2) Évaluez-vous la qualité de vie de vos patients oncogériatriques en phase palliative ?

- oui toujours                       oui souvent                       oui parfois                       jamais

Si oui, comment l'évaluez-vous ?

- à l'aide de questionnaire standardisé ; lequel ? .....  
 de façon informelle



4) Sur le plan social, que mettez-vous en œuvre pour lutter contre l'isolement chez ce type de patient ?

- des aides financières
- des aides humaines
- des aides techniques

5) Diriez-vous que vous parlez de la mort ?

- avec le patient :  oui facilement  oui avec difficulté  non pas du tout
- avec l'entourage :  oui facilement  oui avec difficulté  non pas du tout

#### IV. Moyens d'aide à la prise en charge en ambulatoire

1) Quelle sont vos connaissances concernant les éléments ci-dessous ?

	<u>CONNUS</u> et <u>UTILISES</u> (ceux avec qui vous travaillez dans votre secteur)	<u>CONNUS</u> mais <u>NON-UTILISES</u>	<u>INCONNUS</u>
Centre de lutte contre la douleur			
Equipe Mobile ou Unité de Soins Palliatifs			
Hospitalisation A Domicile			
Diététicien / Nutritionniste			
Kinésithérapeute Ergothérapeute			
Psycho-oncologue			
Art-thérapie Socio-esthétique			
Infirmière / SSIAD			
Aide-soignant Auxiliaire de vie			
Pharmacien			
Assistance sociale			
Bénévoles d'association			

2) Travaillez-vous en collaboration avec l'Equipe Mobile de Soins de Support de Soins et Santé ?

- oui  non

Si non, pourquoi ?

- je ne connais pas l'existence de cette équipe de soutien
- je n'en ressens pas le besoin / je n'en vois pas l'intérêt
- l'organisation ne me convient pas
- je n'ai pas le temps
- autre(s) .....

## V. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes en ambulatoire

1) Pensez-vous que vos compétences en soins de support soient suffisantes pour une prise en charge optimale de ces patients ?  oui, tout à fait     plutôt oui     plutôt non     non, pas du tout

2) Globalement, êtes-vous satisfait de la prise en charge de ces patients ?

- oui, tout à fait                       plutôt oui                       plutôt non                       non, pas du tout

3) Dans la prise en charge de ce type de patient, rencontrez-vous des difficultés ?

- oui                       non

Si oui, dans quel domaine ?  médical                       liées à la coordination ville-hôpital  
 psycho-social                       liées à l'organisation des soins

4) Dans le domaine médico-psycho-social, vous rencontrez des difficultés liées à :

- la gravité de la maladie et son pronostic
- la gestion des symptômes (ex : douleur)
- la gestion des événements aigus intercurrents à domicile
- la gestion de la souffrance du patient
- la gestion de la souffrance de l'entourage
- l'épuisement familial

Texte libre : .....

5) Dans le domaine de la coordination ville-hôpital, vous rencontrez des difficultés liées :

- au manque d'information sur le stade de la maladie, les traitements, le suivi des patients
- à la difficulté à joindre le médecin référent hospitalier
- à la difficulté à faire hospitaliser vos patients en cas de problèmes aigus

Texte libre : .....

6) Dans l'organisation des soins, vous rencontrez des difficultés liées :

- à l'exercice solitaire
- à la charge affective trop lourde
- au caractère chronophage : être joignable et disponible pour une visite à domicile
- à l'absence de rémunération adaptée
- au manque de coordination des soins : présence et disponibilité des acteurs à proximité
- au manque de formation dans cette discipline

Texte libre : .....

## MESSAGE POUR LA RELANCE DU QUESTIONNAIRE

Chère consœur, cher confrère,

Je vous contacte à nouveau via l'URPS Rhône-Alpes Auvergne dans le cadre de mon étude intitulée : « **le médecin généraliste et les soins de support en oncogériatrie dans le Grand Lyon** ».

Ce questionnaire en ligne vous prendra **moins de 10 minutes**.  
Les réponses sont bien évidemment totalement anonymes.

Pour que les résultats soient représentatifs, j'ai besoin de la participation du plus grand nombre de médecin généraliste sur le Grand Lyon, et donc de chacun d'entre vous !

Si ce n'est pas encore fait, je vous invite à cliquer ci-dessous pour remplir le questionnaire :

[https://docs.google.com/forms/d/1MVhOuzvwBndmyCJCFhJM9zOGpIGYcxQsmNxxwCk\\_zo5M/viewform](https://docs.google.com/forms/d/1MVhOuzvwBndmyCJCFhJM9zOGpIGYcxQsmNxxwCk_zo5M/viewform)

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

En vous remerciant d'avance pour votre collaboration.  
Bien confraternellement.

Marie VALERO  
interne en 5<sup>ème</sup> semestre de médecine générale  
Faculté de Médecine LYON-EST  
Université Claude Bernard Lyon I  
marie.s.valero@gmail.com

Nom, prénom du candidat : VALERO Marie

## CONCLUSION

**Ce travail poursuivait les objectifs suivants :**

- décrire la prise en charge ambulatoire des soins de support chez les patients âgés atteints de cancer en phase palliative par les médecins généralistes du Grand Lyon
- déterminer leurs connaissances et leurs utilisations des moyens d'aide existants
- connaître les difficultés rencontrées dans leurs pratiques quotidiennes
- identifier les facteurs déterminants de leurs prises en charge

**Concernant la prise en charge médicale**, les médecins généralistes du Grand Lyon prennent en charge peu de patients âgés atteints de cancer en phase palliative. En général, ces patients leur posent des problèmes complexes à résoudre. Ils évaluent la qualité de vie de leurs patients de façon informelle. Ils évaluent régulièrement les besoins en soins oncologiques de support chez le sujet âgé, notamment en matière de douleur et de nutrition. Ils utilisent la morphine essentiellement à visée antalgique et sans avoir recours à un confrère. Ils font appel à un professionnel référent en cas de situation complexe. Enfin, en cas d'événement aigu à domicile, ils transfèrent leurs patients à l'hôpital : soit en oncologie, soit au service d'accueil des urgences.

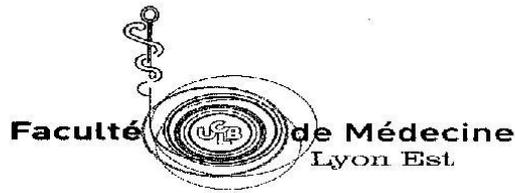
**Concernant la prise en charge psycho-sociale**, ces patients leur posent aussi des problèmes complexes voire très complexes à résoudre. Ils bénéficient d'un diagnostic précoce de la dépression. Les médecins généralistes utilisent une approche médicamenteuse et psychologique pour pallier à la souffrance morale de leurs patients. Des aides humaines sont mises en place pour réduire l'isolement de ces personnes âgées malades. Enfin, les médecins de notre étude déclarent parler de la mort avec le patient et son entourage.

**Sur le plan des aides à domicile existantes**, les moyens connus et utilisés par les médecins généralistes lyonnais sont majoritairement ceux remboursés par l'Assurance Maladie. Les moyens connus mais non-utilisés sont essentiellement les soins restants à la charge du patient. Et les moyens inconnus correspondent principalement aux soins de support émergents. Nos répondants ont déclaré, pour la plupart d'entre eux, travailler en collaboration avec l'Equipe Mobile des Soins de Support de Soins et Santé.

**Sur le plan des difficultés**, les généralistes ayant répondu à notre enquête sont plutôt satisfaits de la prise en charge des soins de support chez ces patients bien qu'ils jugent leurs compétences en soins de support insuffisantes.

**Ils rencontrent des difficultés liées** : à la souffrance de l'entourage et à l'épuisement familial ainsi qu'à la gestion des événements aigus à domicile, à la coordination ville-hôpital, et enfin au caractère chronophage de ces prises en charge dont la rémunération semble être inadaptée.

Face à ces difficultés, quelques préconisations ont été proposées dans la discussion.



Nom, prénom du candidat : VALERO Marie

Nous n'avons pas réussi à identifier de facteurs pouvant influencer de manière significative la prise en charge ambulatoire de ces patients. En effet, les analyses statistiques réalisées à l'aide des tests du Chi 2 et de Fischer n'ont pas mis en évidence d'associations statistiquement significatives.

Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature en ce qui concerne la prise en charge globale de ces patients ainsi que les difficultés rencontrées. Toutefois, dans notre étude, les pourcentages relatifs au dépistage précoce du syndrome dépressif et à son traitement médicamenteux sont à nuancer. En effet, dans la littérature, la dysthymie est bien souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée au sein de la population gériatrique.

Notre travail a donc donné l'opportunité aux médecins généralistes du Grand Lyon de s'exprimer sur un sujet actuel qui les concerne et qui les concernera encore davantage à l'avenir avec le vieillissement de la population française, le développement des traitements oncologiques en ambulatoire et la prise en charge des soins palliatifs à domicile.

**Le Président de la thèse,**

*Pr Claire FALANDRY*

Signature

VU : Le Doyen de la Faculté de Médecine Lyon-Est

Professeur Gilles RODE

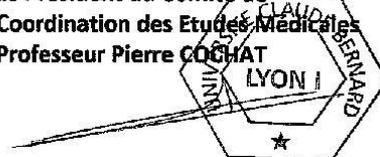


VU : Pour Le Président de l'Université

Le Président du Comité de

Coordination des Etudes Médicales

Professeur Pierre COCHAT



---

VALERO Marie

**Le médecin généraliste et les soins de support en oncogériatrie dans le Grand Lyon**

---

**Résumé**

**Introduction :** Notre travail poursuivait les objectifs suivants : décrire la prise en charge effectuée par les médecins généralistes du Grand Lyon concernant les différents champs d'application des soins de support chez les patients âgés atteints de cancer en phase palliative et la comparer aux données de la littérature, déterminer les intervenants en ambulatoire, connaître les difficultés rencontrées et identifier les facteurs déterminant leurs pratiques.

**Méthodes :** Pour cela, notre étude reposait sur une étude épidémiologique déclarative, descriptive et évaluative. Un questionnaire en cinq parties a été élaboré à partir de la bibliographie. Après une phase de pré-test, le questionnaire définitif informatique en ligne a été envoyé auprès des 697 médecins généralistes du Grand Lyon faisant partis des bases de données de l'URPS et de Soins et Santé, l'envoi ayant eu lieu le 24/03/2016 et s'étant accompagné de deux relances en Avril 2016.

**Résultats :** Nous avons obtenu 48 réponses dont 40 qui prenaient en charge les soins de support chez un faible nombre de ces patients. Ces médecins déclaraient évaluer régulièrement les besoins en soins de support, principalement la douleur et la nutrition. Ils déclaraient penser à dépister de façon précoce la dépression et la traiter. Toutefois, ils trouvaient ces prises en charge complexes et ils faisaient appel à un référent si besoin. Ils utilisaient des intervenants remboursés par l'Assurance Maladie. Au quotidien, ils ressentaient des difficultés sur le terrain dans tous les domaines. Enfin, notre étude n'a pas permis de mettre en évidence de facteurs influençant la prise en charge de ces patients.

**Discussion :** A la croisée de ces différentes disciplines que sont l'oncologie, la gériatrie et les soins palliatifs, les données de notre étude sont globalement similaires à celles retrouvées dans la littérature concernant la prise en charge médico-psycho-sociale et les difficultés ressenties. Quelques suggestions ont ainsi été proposées afin de réduire les difficultés et d'optimiser ainsi la prise en charge de ces patients à risque accru de décompensation.

---

**MOTS CLES :**

soins de support / soins palliatifs (douleur, nutrition, dépression) - oncologie - gériatrie -  
médecins généralistes - intervenants en ambulatoire - difficultés ressenties

---

**JURY :**

Président : Madame le Professeur Léger-Falandry

Membres : Monsieur le Professeur Bonnefoy

Monsieur le Professeur Bonin

Madame le Docteur Chabert

---

**DATE DE SOUTENANCE :** 12 Octobre 2016

---

**Adresse postale de l'auteur :** 104, rue Garibaldi - 69006 LYON

marie.s.valero@gmail.com