



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement  
Le 23 février 2023 à Poitiers  
Par Florent Ryckewaert

#### Titre

**Rôle du médecin de soins primaires, dans la prise en charge des patients âgés, atteints de néoplasie solide ou hématologique, en phase active de traitement antinéoplasique.**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président :**

Monsieur le Professeur Nicolas Isambert

**Membres :**

Monsieur le Docteur Simon Valero

Monsieur le Docteur Pascal Parthenay

**Directeur de thèse :**

Monsieur le Professeur associé Bernard Freche





## LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

### SECTION MEDECINE

#### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesneur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesneur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesneur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesneur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesneur pédagogique médecine**
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesneur L.AS et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesneur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesneur 1<sup>er</sup> cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

#### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesneur 2<sup>nd</sup> cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

### **Professeur des universités**

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

### **Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe

### **Maître de Conférences des universités de médecine générale**

- MIGNOT Stéphanie

### **Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

### **Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales**

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

### **Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

### **Professeurs émérites**

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

### reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

## SECTION PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

### *Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

### *Maîtres de conférences*

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maîtres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie



## **Remerciements :**

### Remerciements aux membres du jury :

Au président de jury, Monsieur le Professeur Isambert Nicolas.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse et je tenais à vous témoigner mon plus grand respect et ma reconnaissance. En tant que professeur d'oncologie, votre avis sera écouté avec la plus grande attention.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur associé Freche Bernard.

Je tenais à vous remercier de m'avoir accordé votre confiance en acceptant d'encadrer ce projet de thèse. Merci pour votre expertise et vos conseils avisés. Merci pour l'organisation des ateliers de thèse, qui se sont révélés extrêmement bénéfiques. Merci pour votre implication à participer au développement et au rayonnement de la médecine générale.

A Monsieur le Docteur Valéro Simon.

Je vous adresse mes remerciements les plus respectueux et suis sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. En tant que coordinateur de l'unité d'oncogériatrie du CHU de Poitiers, votre avis sera écouté avec le plus grand intérêt.

A Monsieur le Professeur associé Parthenay Pascal.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail de thèse et de l'honneur que vous me faites en acceptant de le juger. J'ai eu la chance de participer aux formations que vous coorganisez et je tenais à vous remercier de l'attention que vous portez aux internes.

### Remerciements à ma famille et amis :

A ma famille, qui m'a soutenue tout le long de mes études et en dehors. Merci plus particulièrement à ma maman qui m'a aidé à surmonter les difficultés que j'ai pu rencontrer. Merci à Céleste qui, tous les jours, m'écoute parfois mais me supporte le plus souvent. Merci à mon frère Jérôme, et sa femme Hélène pour leur soutien. Merci à ma sœur Oriane et à son conjoint Maxim.

A mes amis internes et médecins que j'ai eus la chance de côtoyer durant ma formation à la faculté de médecine de Poitiers. Merci pour tous ces bons moments partagés.

Aux différents médecins et professionnels paramédicaux qui ont marqué ma formation en hospitalier ou en libéral. Merci de m'avoir donné les outils nécessaires à mon épanouissement professionnel.

A mes amis Lillois, trop nombreux pour tous les citer, ils se reconnaîtront. Merci.



## **Sommaire :**

Introduction.....	11
Methode.....	12
Résultat.....	13
1/ Compétences du médecin généraliste : premiers recours.....	14
2/ Compétences du médecin généraliste : Continuité, suivi et coordinations des soins.....	15
Discussion .....	18
1/ Médecin généraliste et fragilité.....	18
2/ Médecin généraliste et décision thérapeutique.....	19
3/ Médecin généraliste et phase active de traitement.....	20
Conclusion.....	22
Bibliographie .....	23
Annexes.....	28
Résumé.....	36



## **Introduction :**

Le parcours de soins du patient atteint de néoplasie est ponctué de plusieurs moments clés : examens médicaux pour confirmer la suspicion de cancer, annonce du diagnostic, période de traitement et l'après-traitement. L'objectif étant la préservation de la qualité de vie pour le patient, pendant toute la durée de la maladie (1).

Le troisième plan cancer de 2014, a mis en évidence que l'accompagnement des patients tout au long de la maladie nécessite une organisation coordonnée d'interventions pluridisciplinaires, le rôle du médecin traitant y est décrit comme pivot dans la prise en charge des patients atteints de cancer. La coordination est un facteur essentiel d'amélioration de l'accompagnement des patients et d'efficacité des soins, elle est définie comme étant une organisation délibérée entre plusieurs praticiens pour la prise en charge du patient, incluant le patient lui-même, dans le but de faciliter et de délivrer les soins les plus appropriés (2).

Le renforcement de la coordination, de la continuité et de la coopération intersectorielle pour les patients atteints de cancer pendant le traitement, est souligné par les lignes directrices de la loi « Ma santé 2022 : un engagement collectif ».

La phase active de traitement débute avec la prise de décision thérapeutique effectuée en réunion de concertation pluridisciplinaire et se termine à la fin du protocole thérapeutique. Elle comprend les chimiothérapies et thérapie ciblée, la radiothérapie et la chirurgie (1).

La gestion de cette phase active est assurée par un suivi conjoint, mettant en place une démarche de surveillance médicale alternée et coordonnée entre médecin généraliste et oncologue ou spécialiste hospitalier. Le rôle du médecin généraliste varie selon la localisation du cancer et son stade, mais il reste l'interlocuteur privilégié du patient dans la durée (1)(3), dû à son rôle de médecin de soins primaires, qui par définition apporte des « soins continus complets et coordonnés de premier contact » (4)

Le rôle du médecin de soins primaires, en phase active de traitement, comporte différents aspects : gestion de la douleur, soutien psychologique, surveillance de l'état nutritionnel, surveillance de la fatigue et recherche de ses étiologies, gestion des effets indésirables des différents traitements (chirurgie, radiothérapie, médicaments) et accompagnement médico-social (1)(5).

Au 1er janvier 2020, selon l'Insee, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5% de la population, contre 20,1% un an auparavant et 19,7% deux ans auparavant. En 2017, les cancers chez les 65 ans et plus, représentent 62,4% des cancers estimés tous âges confondus. Cette même année, en France, 115 158 décès par cancer ont été estimés dans cette même catégorie d'âge.

Récemment, l'oncologie s'est adaptée à la spécificité de la personne âgée. L'oncogériatrie se définit comme le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie, via des outils de dépistage de la fragilité gériatrique (G8, VES13, FOG, etc). L'enjeu est de permettre à tout patient âgé atteint de cancer de bénéficier d'un traitement adapté à son âge et à son état de santé (6-8).

L'International Society of Geriatric Oncology recommande l'évaluation gériatrique standardisée pour identifier les patients « fragiles » en oncogériatrie. L'objectif de l'évaluation gériatrique standardisée est de proposer un plan personnalisé de soins pour corriger les paramètres de fragilité réversibles et optimiser la tolérance du traitement contre le cancer (9)(10).

Le rôle du médecin de soins primaires, en phase active de traitement, nécessite-t-il aussi une adaptation à la spécificité de la personne âgée, comme l'oncologie s'est adaptée avec l'oncogériatrie ? Cette revue systématique de littérature a pour but de réaliser un état des lieux des connaissances sur l'adaptation du rôle du médecin de soins primaires, dans la prise en charge des patients âgés, atteints de néoplasie solide ou hématologique, en phase active de traitement.

### **Matériel et méthode :**

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en nous référant à la méthode PRISMA (11). Les recherches ont été faites dans les bases de données médicales : PubMed, Cochrane Library, et LiSSa.

Les équations de recherches de chaque base sont décrites dans le tableau 1. Les mots clés sont : Cancer, médecin généraliste, rôle et personnes âgées.

Tableau 1 : bases de données et équation de recherche.

Base de données	Équation de recherche
PubMed	(((neoplasm [MeSH Terms]) NOT (diagnosis[MeSH Terms]) NOT (terminal care[MeSH Terms])) AND ((general practitioners[MeSH Terms]) OR (general practice[MeSH Terms]) OR (primary health care[MeSH Terms]) OR (physicians, family[MeSH Terms]) OR (physician, primary care[MeSH Terms])) AND ((physician's role[MeSH Terms]) OR (work engagement[MeSH Terms]))) Filtres : Age 65 +, French, English
Cochrane Library	neoplasm NOT diagnosis NOT terminal care AND general practitioners OR general practice OR primary health care OR physicians, family OR physician, primary care AND aged OR aged, 80 and over
LiSSa	(Tumeurs.mc) ET ((médecine générale.mc) OU (médecins généralistes.mc) OU (médecine de famille.mc)) ET ((soins de santé primaires.mc) OU (médecins de premier recours.mc)) ET (personne âgée.mc)

Les articles inclus concernaient les patients atteints de cancer en phase active de traitement, publiés en français et en anglais, entre 1997 (date des premières publications référencées sur le sujet recherché) et le 31/12/2021. Les types d'articles inclus étaient des études descriptives, des études analytiques, des éditoriaux, des avis d'experts, lettres et correspondances et des articles contenus dans la littérature grise.

Les articles exclus concernaient : les populations âgées de moins de 65 ans, les études portant sur le cancer hors phase active de traitement et les études réalisées hors soins primaires.

La sélection de la pertinence des articles s'est déroulée en trois temps, d'abord une sélection sur les titres des articles, puis sur le résumé et enfin sur l'article. Deux chercheurs (FR, BF) ont jugé, de manière indépendante, la pertinence des textes. A l'issue de chaque étape, une triangulation des résultats a été réalisée. En cas de divergence, chaque chercheur a revu l'article une deuxième fois, si la divergence d'avis persiste, l'article a été inclus à la phase suivante.

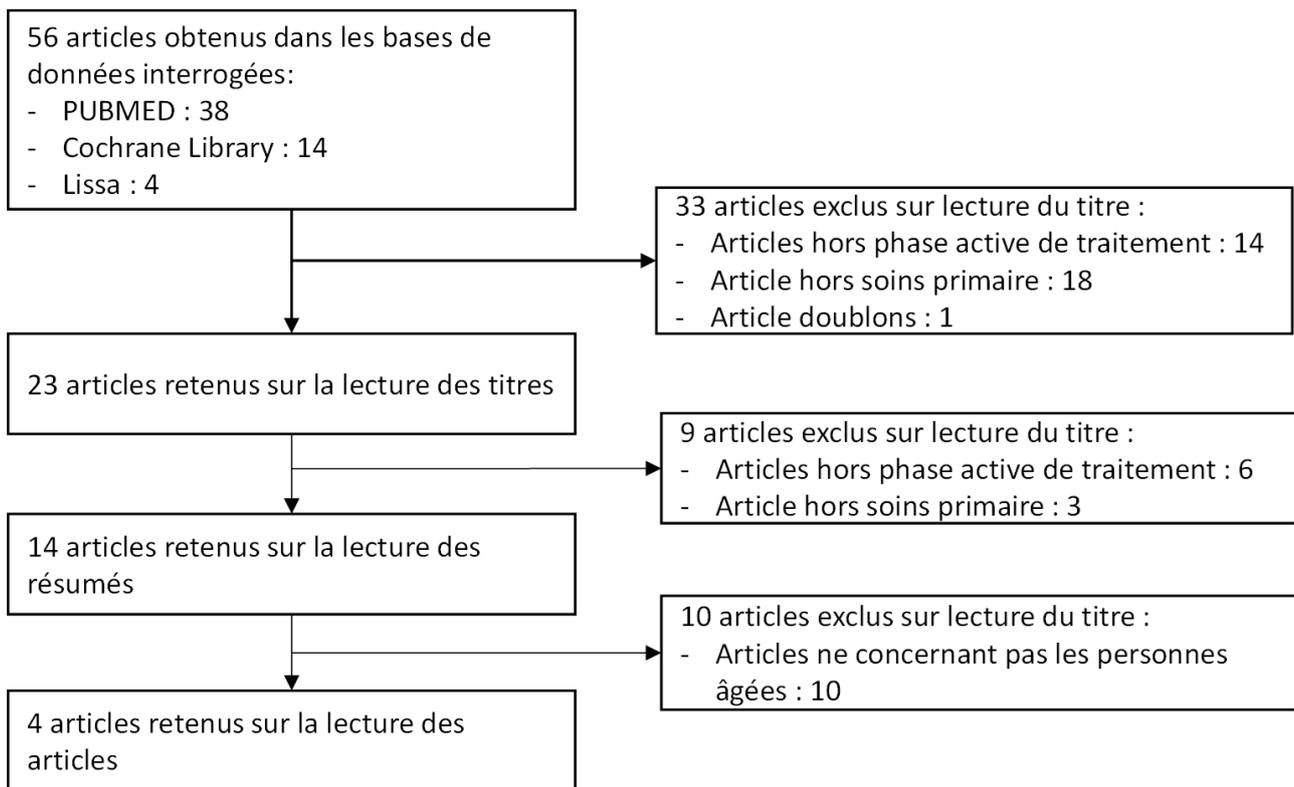
Les données ont été extraites à l'aide d'une grille d'évaluation des données, élaborée à l'aide des références Cocharne et PRISMA, afin de permettre et de confronter les données de chaque article (tableau 2).

Une évaluation méthodologique de la qualité de l'étude a été réalisée pour chaque article sélectionné. Les critères STROBE pour les études observationnelles, les critères CONSORT pour les essais randomisés, les critères STARD pour les études diagnostiques et les critères COREQ pour les études qualitatives. Concernant les études utilisant une méthode ne correspondant pas à une de ses échelles de référence, l'échelle SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) a été utilisée. C'est une grille ne ciblant pas une méthode particulière, mais dédiée à l'évaluation de la nature et de l'efficacité d'interventions pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. En comptabilisant le nombre de critères présents et en le ramenant au nombre de critères total, un score est obtenu sous forme de pourcentage.

## **Résultats :**

Au total, nous avons identifié 56 articles, donc 14 ont été sélectionnés pour la lecture finale. Seuls 4 articles ont été retenus. Les articles ont été exclus s'ils ne concernaient pas les soins primaires, la phase active de traitement ou la personne âgée, ainsi que les doublons. Les résultats sont décrits dans la figure 1.

Figure 1 : Diagramme des flux de sélection et inclusion des articles



Une évaluation méthodologique des articles a été effectuée. Nous présentons dans le tableau 2, les niveaux de preuves établis selon les recommandations HAS pour chacune des études incluses.

### 1/ Compétences du médecin généraliste : premiers recours.

Le recours au médecin généraliste dans le suivi des patients âgés en phase active de traitement est abordé dans l'étude «General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer» de V L Allgar, R D Neal, réalisée en 2005 en Angleterre (12) et l'étude «Increased primary health care use in the first year after colorectal cancer diagnosis» de Daan Brandenbarg, Carriene Roorda, Feikje Groenhof, Klaas Havenga, Marjolein Y Berger, Geertruida H de Bock, Annette J Berendsen, réalisée en 2014 au Pays-Bas (13).

La première étude explore le recours du médecin généraliste, dans le parcours pré et post diagnostique chez les patients atteints de cancer, à l'aide des données de National Survey of NHS Patients-Cancer. Les données de 65192 patients relatives à cinq questions de cette enquête ont été analysées avec une pertinence particulière pour les différences entre les six cancers (sein, colorectal, poumon, ovaire, prostate et lymphome non hodgkinien) et les variables sociodémographiques (âge, sexe et classe sociale).

Il y avait une différence d'âge significative. Les patients plus âgés étant moins susceptibles d'avoir vu leur médecin généraliste avant leur rendez-vous à l'hôpital pour chaque cancer, à l'exception du cancer de l'ovaire et déclare que leur médecin généraliste avait reçu suffisamment d'informations sur leur traitement ou leur état.

La seconde étude évalue le rôle du médecin généraliste, lors du traitement curatif des patients atteints de cancer colorectal, par une analyse de l'utilisation des soins de santé dans la première année après le diagnostic. Les données d'utilisation des soins de santé ont été extraites de la base de données du Registration Network Groningen. Ce réseau d'enregistrement des médecins généralistes, fondé en 1989, recueille des données auprès de 18 médecins généralistes dans trois cabinets de groupe dans la partie nord des Pays-Bas avec environ 30 000 patients.

Les patients atteints de cancer colorectal avaient une utilisation plus élevée des soins de santé primaires dans l'année suivant le diagnostic par rapport à la population de référence. Ni le traitement, ni le stade de la tumeur n'étaient associés à une utilisation accrue des soins de santé. Plus de patients ont consulté leur médecin généraliste pour des raisons liées à l'anémie, aux douleurs abdominales, à la constipation, aux problèmes de peau et aux infections urinaires par rapport à la population de référence. L'âge médian au moment du diagnostic était de 69,3 ans.

## 2/ Compétences du médecin généraliste : Continuité, suivie, coordination des soins.

Le rôle de coordination entre médecin généraliste et spécialiste est abordé dans les études «Cross-sectorial cooperation and supportive care in general practice: cancer patients' experiences» de Louise Hyldborg Lundstrøma, Anna Thit Johnsen, Lone Rossa, Morten Aagaard Petersen et Mogens Groenvold, réalisée en 2011 au Danemark (14) et l'étude « Cancer, ageing, multimorbidity and primary care» de D Mazza, G Mitchell, réalisée en 2017 en Angleterre (15).

La première étude a pour but d'examiner les expériences des patients danois atteints de cancer concernant leur contact avec le médecin généraliste et la coopération entre le médecin généraliste et l'hôpital. Sur la base des examens des dossiers médicaux de tous les patients atteints de cancer, un échantillon aléatoire de 1490 patients a rempli un questionnaire validé concernant l'espérance des patients. Une méthodologie mixte a été appliquée.

Un tiers des patients ont évalué la coopération entre les hôpitaux et les soins primaires comme sous-optimale. Les patients plus âgés étaient les moins susceptibles de solliciter l'assistance de leur médecin généraliste.

La seconde étude analyse l'influence de la polyopathie due à l'âge, sur la prise en charge du cancer. Le médecin traitant gère régulièrement la polyopathie, mais son rôle dans les soins contre le cancer reste limité.

Les conclusions de cet article tendent en une majoration de l'implication du médecin traitant, en collaboration avec les services d'oncologie, dans la gestion du cancer, chez les patients âgés polyopathologiques. Une approche multidisciplinaire permettrait de fournir des soins adaptés chez ce type de patient.

Tableau 2 : Extraction des données

Évaluation de l'article	Titre de l'étude	Auteur	Année	Pays	Échantillon	Intervention	Méthodologie	Durée	Objectif de l'étude	Résultats principaux
81%	General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer	V L Allgar, R D Neal	2005	Angleterre	65 192 patients atteints de cancers (sein, colorectal, poumon, ovaire, prostate et lymphome non hodgkinien), à l'aide des données de l'enquête nationale sur les patients atteints de cancer du NHS.	Questionnaire concernant le rôle de la médecine générale dans le parcours pré-diagnostic et post-diagnostic des patients atteints de cancer.	Etude transversale par questionnaire	De juillet 1999 à Juin 2000	Quantifier le rôle exact de la médecine générale dans le parcours pré-diagnostic et post-diagnostic des patients atteints de cancer.	La grande majorité des patients ont vu leur <b>médecin généraliste</b> avec des symptômes avant d'être vus à l'hôpital. Une minorité significative a été informée de leur diagnostic par leur médecin généraliste. La plupart des patients ont estimé que leur médecin généraliste avait reçu suffisamment d'informations sur leur traitement ou leur état. Il y avait de petites mais significatives différences d'âge, les patients plus âgés étaient moins susceptibles d'avoir vu leur médecin généraliste avant leur rendez-vous à l'hôpital pour chaque cancer, à l'exception du cancer de l'ovaire.
84%	Cross-sectional cooperation and supportive care in general practice: cancer patients' experiences	Louise Hyldborg Lundstrøm a, Anna Thit Johnsena, Lone Rossa, Morten Aagaard Petersena and Mogens Groenvolda	2011	Danemark	Examen des dossiers médicaux de tous les services hospitaliers traitant des patients atteint de cancer. Échantillon aléatoire de 1490 patients	Questionnaire transversal concernant expériences des patients	Méthodes mixtes par questionnaires. Les associations entre les expériences des patients et les variables contextuelles ont été analysées dans des modèles de régression logistique ordinaire et les commentaires écrits des patients ont été analysés qualitativement.	De février 2005 à Juillet 2007	Étudier les expériences des patients cancéreux danois concernant leur contact avec le médecin généraliste et la coopération entre le médecin généraliste et l'hôpital.	Un tiers des patients ont évalué la coopération entre les hôpitaux et les soins primaires comme sous-optimal. Patients plus âgés, patients au stade 1 et patients des services chirurgicaux étaient les moins susceptibles d'avoir eu besoin du soutien de leur médecin généraliste.

48%	Cancer, ageing, multimorbidity and primary care	D Mazza, G Mitchell	2017	Angleterre	0	0	Avis d'expert	0	La prise en charge du cancer est complexe et rendue encore plus complexe par la multimorbidité et le vieillissement. Les médecins généralistes gèrent la multimorbidité de manière routinière, mais le rôle du GP dans les soins complets contre le cancer est limité.	L'intégration de la gestion de la multimorbidité par un médecin généraliste en conjonction avec les services d'oncologie devrait améliorer les résultats pour les patients.
86%	Increased primary health care use in the first year after colorectal cancer diagnosis	Daan Brandenburg, Carriene Roorda, Feikje Groenhof, Klaas Havenga, Marjolein Y Berger, Geertruida H de Bock, Annette J Berendsen	2014	Pays Bas	Patients ayant suivi un traitement curatif pour le CCR (n = 124) et patients de soins primaires appariés sans CCR (population de référence ; n = 358).	Les données d'utilisation des soins de santé ont été extraites de la base de données du Registration Network Groningen (RNG). Ce réseau d'enregistrement des médecins généralistes, fondé en 1989, recueille des données auprès de 18 médecins généralistes dans trois cabinets de groupe dans la partie nord des Pays-Bas avec environ 30 000 patients.	Étude prospective historique, utilisant les données de soins primaires de deux cohortes.	De 1998 à 2009	Evaluer le rôle du médecin généraliste lors du traitement curatif des patients atteints de CCR par une analyse de l'utilisation des soins de santé dans la première année après le diagnostic.	Les patients atteints de CCR avaient une utilisation plus élevée des soins de santé primaires dans l'année suivant le diagnostic par rapport à la population de référence. Ni le traitement ni le stade de la tumeur n'étaient associés à une utilisation accrue des soins de santé. Plus de patients ont consulté leur médecin généraliste pour des raisons liées à l'anémie, aux douleurs abdominales, à la constipation, aux problèmes de peau et aux infections urinaires par rapport à la population de référence. L'âge médian au moment du diagnostic était de 69,3 ans.

## **Discussion :**

L'ensemble des études incluses abordent le thème du recours au médecin traitant par les patients âgés en phase active de traitements antinéoplasiques et de la coopération entre médecin généraliste et spécialistes.

Les personnes âgées en phase active de traitement ont moins recours au médecin généraliste en ce qui concerne la question spécifique à leur pathologie, mais sollicite plus ce dernier concernant la gestion de la douleur, le soutien psychologique, la surveillance de l'état nutritionnel, la surveillance de la fatigue et la recherche de ses étiologies, la gestion des effets indésirables des différents traitements (chirurgie, radiothérapie, médicaments) et l'accompagnement médico-social.

La coopération entre médecin généraliste et spécialistes est jugée insuffisante par les patients âgés en phase active de traitements antinéoplasiques. Une majoration du suivi conjoint permettra de fournir des soins plus adaptés à la population cible.

Le peu d'études incluses éclaire les carences de prises en charge concernant l'adaptation du rôle du médecin généraliste chez la personne âgée en phase active de traitement antinéoplasique. Elles ne permettent pas de fournir des résultats significatifs.

La restriction aux articles francophones ou anglophones a pu engendrer des biais de publication. La difficulté présentée par cette analyse de la littérature a été l'absence de méthode clairement annoncée par certains auteurs, ce qui a rendu difficile l'échelle à choisir pour l'évaluation de ces études. Il s'agit notamment des études multi-méthodiques. De plus, il a été compliqué de dégager au sein de l'ensemble des études les informations spécifiques au rôle du médecin traitant chez la personne âgée en phase active de traitement, car celles-ci se référaient à des critères de jugement secondaire et non à un critère de jugement principal. Cette difficulté, pouvant témoigner des enjeux multiples de la coordination de soins, a rendu l'analyse des résultats plus complexe.

Ce hiatus dans la littérature médicale soulève plusieurs questions :

### **1/ Médecin généraliste et Fragilité**

Les personnes âgées constituent une population spécifique en raison de la survenue fréquente de polypathologie, d'une diminution des réserves adaptatives allant jusqu'à l'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance (16).

L'âge n'est qu'un indicateur partiel pour définir la personne âgée, dû à la variabilité de survenue de polypathologie et de diminution des réserves adaptatives. Une évaluation globale au cas par cas est donc nécessaire (17).

Les patients âgés fragiles atteints de cancer ont un risque de décès, d'hospitalisation et de traitement palliatif plus élevé et, plus le syndrome de fragilité est évolué, plus le risque est important (18-20). Les critères de fragilité sont prédictifs de décès précoce lors d'une première ligne de chimiothérapie (21-24).

En termes de physiopathologie, les symptômes physiques de la maladie, l'hyper catabolisme et la fréquence élevée de dénutrition font que le cancer agit comme un catalyseur dans le processus de fragilité. De plus, on considère que les traitements du cancer, particulièrement la chimiothérapie, sont de forts stress qui révéleront que les patients ont des réserves fonctionnelles suffisantes pour retrouver une homéostasie ou, au contraire, accéléreront le déclin fonctionnel du patient (9).

83% des médecins généralistes ont déclaré connaître le syndrome de fragilité (25). En ville, le syndrome de fragilité peut être dépisté et traité de façon simple et reproductible (26). La concordance entre les appréciations du médecin généraliste et la présence d'un syndrome de fragilité chez un patient âgé est excellente (27).

Actuellement, le plan de soins en phase active de traitement contourne le médecin généraliste pour se concentrer sur des programmes de gestion centrée sur la pathologie (15).

L'évaluation gériatrique standardisée en cancérologie, effectuée par les oncogérialistes, est l'instrument le plus approprié pour évaluer analytiquement le syndrome de fragilité des patients âgés atteints de cancer. Elle permet d'identifier les problèmes gériatriques difficiles à diagnostiquer, pour prédire les toxicités des traitements, le déclin fonctionnel ou cognitif, les complications postopératoires et pour estimer l'espérance de vie (28-30).

Cependant, la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée prend du temps, nécessite une collecte de données approfondies et, dans certains cas, la participation de plusieurs professionnels de santé (28)(31-32).

En raison de son rôle dans la gestion des soins continus et coordonnés, sa connaissance du contexte personnel et environnemental du patient, et sa capacité à dépister et traiter le syndrome de fragilité, le médecin généraliste pourrait apporter un bénéfice dans la prise en soins des patients âgés, en phase active de traitement.

## 2/ Médecin généraliste et décision thérapeutique

La phase active de traitement débute par une prise de décision en réunion de concertation pluridisciplinaire. Les réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées entre spécialistes de différentes disciplines.

Le processus décisionnel du traitement du cancer varie selon l'âge. Concernant le cancer pulmonaire par exemple, 39 % des patients éligibles âgés de plus de 75 ans ont commencé un traitement par chimiothérapie, contre 80 % des patients ayant moins de 75 ans (33). Concernant le cancer colorectal, la réunion de concertation pluridisciplinaire a recommandé une chimiothérapie à visée curative à

97 % des patients plus jeunes, contre 65 % des patients plus âgés (34). L'âge chronologique était une raison importante pour refuser le traitement curatif (33-36). De plus, le manque d'informations sur la comorbidité des patients présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire entrave la capacité à formuler des recommandations de traitement et à mettre en œuvre ces recommandations (35)(37).

Les critères de décisions sont essentiellement de nature médicale, sans prendre en compte les facteurs psychosociaux des patients (38-39). Les caractéristiques individuelles des patients ou leurs préférences de traitement étaient rarement prises en compte ou discutées (40). Une anamnèse de mauvaise qualité est un facteur d'augmentation d'incertitude dans la prise de décision en réunion de concertation pluridisciplinaire (41).

Pour que la prise en charge du cancer soit centrée sur le patient, il est crucial que les informations médicales ainsi que les aspects psychosociaux tels que la situation de vie des patients, les éventuels problèmes familiaux, l'état mental des patients et les perceptions et valeurs ou préférences des patients en matière de traitement ou de soins soient considérés et discutés lors des réunions de concertation pluridisciplinaire (39).

La prise de décision multidisciplinaire concernant les traitements anticancéreux chez les patients âgés atteints plus fréquemment de comorbidité (42), est encore fréquemment basée sur les impressions cliniques, les idées préconçues ou l'âge chronologique uniquement. Au contraire, les décisions de traitement doivent être prises après une évaluation approfondie de l'état de santé du patient dans plusieurs domaines (35)(43).

L'évaluation gériatrique standardisée en cancérologie, fournie des informations détaillées sur l'âge physiologique d'un patient (31) et répond à la nécessité d'adapter si besoin le traitement anticancéreux et de prendre en compte les spécificités des personnes âgées (42-44). Avec une efficacité prouvée (45-47).

L'intégration du médecin généraliste au processus décisionnel pourrait apporter un bénéfice pour le patient âgé. Du fait de sa qualité de référent de soins primaires de longue date (48), il pourrait apporter un complément d'informations concernant le contexte bio psycho social du patient afin de recentrer la prise de décision sur ce dernier. Cette question n'est malheureusement pas traitée dans la littérature médicale.

L'intégration du médecin généraliste dans la consultation d'oncologie a déjà montré des effets positifs. En effet, une consultation vidéo qui réunit le patient atteint de cancer, le médecin généraliste et l'oncologue, dans la phase active de traitement, peut faciliter un sentiment de partenariat suffisamment puissant pour améliorer la perception du patient de la coopération intersectorielle, la continuité des soins contre le cancer et la santé et la qualité de vie liée (49-51).

### 3/ Médecin généraliste et phase active de traitement

Les médecins généralistes ont à assumer un rôle croissant dans la trajectoire de la maladie des patients âgés atteints de cancer, en raison de leurs rôles de coordonnateurs et de fournisseurs de soins de proximité (49)(52). Du fait du vieillissement de la population, de la prévalence du cancer préférentiellement chez la personne âgée et la nécessité de maîtriser les dépenses liées à la santé, le médecin de soins primaires va être de plus en plus sollicité (17)(53-56).

Le suivi conjoint est actuellement plutôt en faveur d'une direction spécialistes vers médecin généraliste et ce dernier est souvent mis à l'écart de la boucle décisionnelle (57-60). Un suivi conjoint dans lequel les médecins généralistes et les patients sont activement impliqués à une influence positive sur la prise en soins du patient (61-64).

Les compétences du médecin généraliste et la relation personnelle et de confiance entre le médecin généraliste et le patient âgé atteint de cancer pourraient être mieux exploitées par les spécialistes (48)(65). Mais l'implication des soins primaires dans les soins contre le cancer reste sporadique et non structurée (66).

Les médecins généralistes ont manifesté leur intérêt à accroître leur rôle dans les soins aux patients atteints de cancer, avec un niveau de confiance fluctuant dans leurs capacités (67-68). Une confiance élevée a été signalée pour les tâches non spécifiques au cancer, tels que la gestion de la douleur ou le soutien psychologique, tandis que la confiance était plus faible pour les traitements actifs, leur suivi ou la gestion des effets secondaires à long terme (69-70).

Avec de nombreux diagnostics de cancers différents, des réponses variées des patients au traitement et des progrès continus dans le domaine médical, les soins contre le cancer sont à la fois complexes et hautement individualisés et restent du domaine de la spécialité oncologique (71). Ainsi, l'information et la formation généralisées en oncologie des médecins généralistes deviennent rapidement obsolètes et sont moins utiles dans ce contexte (72).

Dans l'étude de Judith A Meiklejohn, le médecin généraliste et les patients inclus étaient favorables à une majoration de l'utilisation des compétences de médecine générale en oncologie du médecin généraliste dans les soins de suivi contre le cancer en phase active de traitement. Cela comprenait un soutien accru pour la coordination des soins, la gestion des effets physiques et psychologiques du cancer et de son traitement, le soulagement des symptômes et de la douleur, la promotion de la santé, les soins palliatifs et la prestation continue de soins de santé généraux (73).

Cette envie de majorer leur rôle de médecin généraliste chez les patients âgés atteints de cancer se heurte à un manque de confiance des patients dans les compétences oncologiques du médecin généraliste, qui préfère solliciter directement l'oncologue (49)(74).

Le manque de clarté dans l'identification du rôle et des responsabilités des médecins généralistes contribuait à un manque de cohérence dans les soins aux patients atteints de cancer (75).

En parallèle des compétences oncologiques des oncologues, la majoration d'utilisation des compétences de médecine générale en oncologie du médecin généraliste peut permettre un meilleur suivi et une meilleure qualité de vie des patients âgés atteints de cancer (49-50)(54). Une meilleure communication entre spécialistes et médecins généralistes permettrait une délimitation claire des rôles de chacun (73).

### **Conclusion :**

Bien que cette revue de littérature ne puisse pas apporter de réponse, il semble que la prise en soins des patients âgés atteints de néoplasie, en phase active de traitement, par les médecins généralistes, présente encore des carences.

Le médecin généraliste a sa place dans le suivi des cancers, en phase active de traitement, et par sa proximité, le médecin généraliste est le principal référent de soins primaires. Intégrer le médecin généraliste dans le processus décisionnel et majorer l'utilisation des compétences de médecine générale du médecin généraliste chez les patients âgés atteints de cancer et non des compétences oncologiques du médecin généraliste, pourrait apporter un bénéfice en termes de qualité de vie, dans la prise en soins des patients âgés.

## **Bibliographie :**

1. Institut national du cancer. Organisation des soins en cancérologie [en ligne]. 2017 [cité le 22/01/2021]. Disponible : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Organisation-des-soins-en-cancerologie>.
2. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination) [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>
3. Bulsara C, Ward AM, Joske D. Patient perceptions of the GP role in cancer management. *Aust Fam Physician*. avr 2005;34(4):299-300, 302.
4. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet Lond Engl*. 22 oct 1994;344(8930):1129-33.
5. Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, Bailie R, Garvey G, Walpole ET, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv Res Pract*. déc 2016;10(6):990-1011.
6. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, et al. Screening for vulnerability in older cancer patients: the ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. *PLoS One*. 2014;9(12):e115060.
7. Valéro S, Migeot V, Bouche G, Raban N, Rouillet B, Dreyfus B, et al. Who needs a comprehensive geriatric assessment? A French Onco-Geriatric Screening tool (OGS). *J Geriatr Oncol*. 1 avr 2011;2(2):130-6.
8. Soto-Perez-de-Celis E, Li D, Yuan Y, Lau YM, Hurria A. Functional versus chronological age: geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. *Lancet Oncol*. juin 2018;19(6):e305-16.
9. livre-blanc-fragilite-2015.pdf [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.medcomip.fr/--82/tg-formations/fragilite/livre-blanc-fragilite-2015.pdf>
10. O'Hanlon S, O'Donovan A, Cree A. Geriatric oncology: assessing the needs of older people with cancer. *Br J Hosp Med Lond Engl* 2005. 2 mai 2019;80(5):252-7.
11. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. 1 janv 2015;15(157):39-44.
12. Allgar VL, Neal RD. General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. déc 2005;14(5):409-16.
13. Brandenbarg D, Roorda C, Groenhof F, Havenga K, Berger MY, de Bock GH, et al. Increased primary health care use in the first year after colorectal cancer diagnosis. *Scand J Prim Health Care*. juin 2014;32(2):55-61.
14. Lundstrøm LH, Johnsen AT, Ross L, Petersen MA, Groenvold M. Cross-sectorial cooperation and supportive care in general practice: cancer patients' experiences. *Fam Pract*. oct 2011;28(5):532-40.
15. Cancer, ageing, multimorbidity and primary care - PubMed. [cité 13 déc 2021]; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28497470/>
16. Tabue-Teguo M, Simo N, Gonzalez-Colaço Harmand M, Cesari M, Avila-Funes JA, Féart C, et al. Frailty in elderly: a brief review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2017;15(2):127-37.

17. Mongiat-Artus P, Paillaud E, Albrand G, Caillet P, Neuzillet Y. [Evaluation of the elderly patient with cancer]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. nov 2019;29(14):807-27.
18. Ferrat E. Optimiser la prise en charge des patients âgés atteints de cancer : éléments d'identification de la fragilité [Internet] [These de doctorat]. Université Paris-Saclay (ComUE); 2016 [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2016SACLS381>
19. Hamaker ME, Seynaeve C, Wymenga ANM, van Tinteren H, Nortier JWR, Maartense E, et al. Baseline comprehensive geriatric assessment is associated with toxicity and survival in elderly metastatic breast cancer patients receiving single-agent chemotherapy: results from the OMEGA study of the Dutch breast cancer trialists' group. *Breast Edinb Scotl*. févr 2014;23(1):81-7.
20. Maas HAAM, Janssen-Heijnen MLG, Olde Rikkert MGM, Machteld Wymenga AN. Comprehensive geriatric assessment and its clinical impact in oncology. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. oct 2007;43(15):2161-9.
21. Soubeyran P, Fonck M, Blanc-Bisson C, Blanc JF, Ceccaldi J, Mertens C, et al. Predictors of early death risk in older patients treated with first-line chemotherapy for cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 mai 2012;30(15):1829-34.
22. Aaldriks AA, Maartense E, le Cessie S, Giltay EJ, Verlaan H a. CM, van der Geest LGM, et al. Predictive value of geriatric assessment for patients older than 70 years, treated with chemotherapy. *Crit Rev Oncol Hematol*. août 2011;79(2):205-12.
23. Aaldriks AA, van der Geest LGM, Giltay EJ, le Cessie S, Portielje JEA, Tanis BC, et al. Frailty and malnutrition predictive of mortality risk in older patients with advanced colorectal cancer receiving chemotherapy. *J Geriatr Oncol*. juill 2013;4(3):218-26.
24. Aaldriks AA, Maartense E, Nortier HJWR, van der Geest LGM, le Cessie S, Tanis BC, et al. Prognostic factors for the feasibility of chemotherapy and the Geriatric Prognostic Index (GPI) as risk profile for mortality before chemotherapy in the elderly. *Acta Oncol Stockh Swed*. janv 2016;55(1):15-23.
25. Piedallu JB, Lorenzo-Villalba N, Chassagne P, Schuers M, Zulfiqar AA. [Frailty syndrome: evaluation of its knowledge and screening tools by general medicine interns]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2020;18(1):53-62.
26. Ambagtsheer RC, Archibald MM, Lawless M, Kitson A, Beilby J. Feasibility and acceptability of commonly used screening instruments to identify frailty among community-dwelling older people: a mixed methods study. *BMC Geriatr*. 22 avr 2020;20(1):152.
27. Martin-Kleisch A, Drame M, Zulfiqar AA. [Feasibility of assessing frailty in general medicine patients aged over 65]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. mai 2019;67(3):169-74.
28. Repetto L, Luciani A. [Cancer treatment in elderly patients: evidence and clinical research]. *Recenti Prog Med*. janv 2015;106(1):23-7.
29. Li D, Soto-Perez-de-Celis E, Hurria A. Geriatric Assessment and Tools for Predicting Treatment Toxicity in Older Adults With Cancer. *Cancer J Sudbury Mass*. août 2017;23(4):206-10.
30. Soto-Perez-de-Celis E, Li D, Yuan Y, Lau YM, Hurria A. Functional versus chronological age: geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. *Lancet Oncol*. juin 2018;19(6):e305-16.
31. Ramjaun A, Nassif MO, Krotneva S, Huang AR, Meguerditchian AN. Improved targeting of cancer care for older patients: a systematic review of the utility of comprehensive geriatric assessment. *J Geriatr Oncol*. juill 2013;4(3):271-81.

32. Luciani A, Ascione G, Bertuzzi C, Marussi D, Codecà C, Di Maria G, et al. Detecting disabilities in older patients with cancer: comparison between comprehensive geriatric assessment and vulnerable elders survey-13. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 avr 2010;28(12):2046-50.
33. Schulkes KJG, Hamaker ME, Lammers JWJ, van Rens MTM, Geerts M, van Elden LJR. Multidisciplinary decision-making regarding chemotherapy for lung cancer patients-An age-based comparison. *Eur J Cancer Care (Engl)*. janv 2018;27(1).
34. Hamaker ME, van Rixtel B, Thunnissen P, Oberndorff AH, Smakman N, Ten Bokkel Huinink D. Multidisciplinary decision-making on chemotherapy for colorectal cancer: an age-based comparison. *J Geriatr Oncol*. mai 2015;6(3):225-32.
35. Holden CA, Poprawski D, Singhal N, Buckley E, Caruso J, Wichmann MW, et al. A systematic scoping review of determinants of multidisciplinary cancer team access and decision-making in the management of older patients diagnosed with colorectal cancer. *J Geriatr Oncol*. juill 2020;11(6):909-16.
36. Bolle S, Smets EMA, Hamaker ME, Loos EF, van Weert JCM. Medical decision making for older patients during multidisciplinary oncology team meetings. *J Geriatr Oncol*. janv 2019;10(1):74-83.
37. Consideration of comorbidity in treatment decision making in multidisciplinary cancer team meetings: a systematic review - PubMed [Internet]. [cité 8 juill 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25605751/>
38. Le Divenah A, David S, Bertrand D, Chatel T, Viallards ML. [Multidisciplinary consultation meetings: decision-making in palliative chemotherapy]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. avr 2013;25(2):129-35.
39. Horlait M, Van Belle S, Leys M. Input of Psychosocial Information During Multidisciplinary Team Meetings at Medical Oncology Departments: Protocol for an Observational Study. *JMIR Res Protoc*. 26 févr 2018;7(2):e64.
40. Hahlweg P, Hoffmann J, Härter M, Frosch DL, Elwyn G, Scholl I. In Absentia: An Exploratory Study of How Patients Are Considered in Multidisciplinary Cancer Team Meetings. *PLoS One*. 2015;10(10):e0139921.
41. Hahlweg P, Didi S, Kriston L, Härter M, Nestoriuc Y, Scholl I. Process quality of decision-making in multidisciplinary cancer team meetings: a structured observational study. *BMC Cancer*. 17 nov 2017;17(1):772.
42. Caillet P, Laurent M, Bastuji-Garin S, Liuu E, Culine S, Lagrange JL, et al. Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment. *Clin Interv Aging*. 2014;9:1645-60.
43. Hamaker ME, van Rixtel B, Thunnissen P, Oberndorff AH, Smakman N, Ten Bokkel Huinink D. Multidisciplinary decision-making on chemotherapy for colorectal cancer: an age-based comparison. *J Geriatr Oncol*. mai 2015;6(3):225-32.
44. Saint-Jean O, LeGuen J. [Geriatric intervention in oncology for elderly patients]. *Cancer Radiother J Soc Francaise Radiother Oncol*. oct 2015;19(6-7):377-81.
45. Hernandez Torres C, Hsu T. Comprehensive Geriatric Assessment in the Older Adult with Cancer: A Review. *Eur Urol Focus*. oct 2017;3(4-5):330-9.
46. Extermann M, Hurria A. Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 mai 2007;25(14):1824-31.

47. Thiermant M, Crawford-Achour É, Chanelière-Sauvant AF, Gonthier R. [Study of patients benefiting from a geriatric oncology assessment]. *Soins Gerontol.* août 2017;22(126):33-9.
48. Bulsara C, Ward AM, Joske D. Patient perceptions of the GP role in cancer management. *Aust Fam Physician.* avr 2005;34(4):299-300, 302.
49. Trabjerg TB, Jensen LH, Søndergaard J, Sisler JJ, Hansen DG. Improving continuity by bringing the cancer patient, general practitioner and oncologist together in a shared video-based consultation - protocol for a randomised controlled trial. *BMC Fam Pract.* 25 juin 2019;20(1):86.
50. Trabjerg TB, Jensen LH, Søndergaard J, Sisler JJ, Hansen DG. Cross-sectoral video consultations in cancer care: perspectives of cancer patients, oncologists and general practitioners. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* janv 2021;29(1):107-16.
51. Hansen DG, Trabjerg TB, Sisler JJ, Søndergaard J, Jensen LH. Cross-sectoral communication by bringing together patient with cancer, general practitioner and oncologist in a video-based consultation: a qualitative study of oncologists' and nurse specialists' perspectives. *BMJ Open.* 5 mai 2021;11(5):e043038.
52. Klabunde CN, Ambs A, Keating NL, He Y, Doucette WR, Tisnado D, et al. The role of primary care physicians in cancer care. *J Gen Intern Med.* sept 2009;24(9):1029-36.
53. Perfors I a. A, Helsper CW, Noteboom EA, van der Wall E, de Wit NJ, May AM. Randomised controlled trial protocol (GRIP study): examining the effect of involvement of a general practitioner and home care oncology nurse after a cancer diagnosis on patient reported outcomes and healthcare utilization. *BMC Cancer.* 5 févr 2018;18(1):132.
54. Jefford M, Koczwara B, Emery J, Thornton-Benko E, Vardy JL. The important role of general practice in the care of cancer survivors. *Aust J Gen Pract.* mai 2020;49(5):288-92.
55. Ogle KS, Swanson GM, Woods N, Azzouz F. Cancer and comorbidity: redefining chronic diseases. *Cancer.* 1 févr 2000;88(3):653-63.
56. Edwards BK, Noone AM, Mariotto AB, Simard EP, Boscoe FP, Henley SJ, et al. Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975-2010, featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, breast, or prostate cancer. *Cancer.* 1 mai 2014;120(9):1290-314.
57. Evans J, Nolte L, Piper A, Simkiss L, Whitfield K, Jefford M. A clinical placement program for primary care professionals at a comprehensive cancer centre. *Aust Fam Physician.* août 2016;45(8):606-10.
58. Taggart J, Chin M, Liauw W, Goldstein D, Dolezal A, Plahn J, et al. Challenges and solutions to sharing a cancer follow-up e-care plan between a cancer service and general practice. *Public Health Res Pract.* 9 juin 2021;31(2):31122108.
59. Ryan D, Barnett R, Cott C, Dalziel W, Gutmanis I, Jewell D, et al. Geriatrics, interprofessional practice, and interorganizational collaboration: a knowledge-to-practice intervention for primary care teams. *J Contin Educ Health Prof.* 2013;33(3):180-9.
60. Piper A, Leon L, Kelly H, Bailey A, Wiley G, Lisy K, et al. Clinical placement program in cancer survivorship for primary care providers 2017-2019. *J Cancer Surviv Res Pract.* févr 2020;14(1):14-8.
61. Nielsen JD, Palshof T, Mainz J, Jensen AB, Olesen F. Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual Saf Health Care.* août 2003;12(4):263-72.

62. Johansson B, Berglund G, Glimelius B, Holmberg L, Sjöden PO. Intensified primary cancer care: a randomized study of home care nurse contacts. *J Adv Nurs*. nov 1999;30(5):1137-46.
63. Kousgaard KR, Nielsen JD, Olesen F, Jensen AB. General practitioner assessment of structured oncological information accompanying newly referred cancer patients. *Scand J Prim Health Care*. juin 2003;21(2):110-4.
64. Tan SY, Turner J, Kerin-Ayres K, Butler S, Deguchi C, Khatri S, et al. Health concerns of cancer survivors after primary anti-cancer treatment. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. oct 2019;27(10):3739-47.
65. Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. « When patients have cancer, they stop seeing me »--the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer--a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 21 mars 2006;7:19.
66. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommert R, Earle C, Emery J, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol*. sept 2015;16(12):1231-72.
67. Aubin M, Vézina L, Verreault R, Fillion L, Hudon É, Lehmann F, et al. Patient, Primary Care Physician and Specialist Expectations of Primary Care Physician Involvement in Cancer Care. *J Gen Intern Med*. janv 2012;27(1):8-15.
68. Johnson CE, Lizama N, Garg N, Ghosh M, Emery J, Saunders C. Australian general practitioners' preferences for managing the care of people diagnosed with cancer. *Asia Pac J Clin Oncol*. juin 2014;10(2):e90-98.
69. Grunfeld E, Mant D, Vessey MP, Fitzpatrick R. Specialist and general practice views on routine follow-up of breast cancer patients in general practice. *Fam Pract*. mars 1995;12(1):60-5.
70. Nissen MJ, Beran MS, Lee MW, Mehta SR, Pine DA, Swenson KK. Views of primary care providers on follow-up care of cancer patients. *Fam Med*. 1 juill 2007;39(7):477-82.
71. Popescu RA, Schäfer R, Califano R, Eckert R, Coleman R, Douillard JY, et al. The current and future role of the medical oncologist in the professional care for cancer patients: a position paper by the European Society for Medical Oncology (ESMO). *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. janv 2014;25(1):9-15.
72. Lawrence RA, McLoone JK, Wakefield CE, Cohn RJ. Primary Care Physicians' Perspectives of Their Role in Cancer Care: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. oct 2016;31(10):1222-36.
73. Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, Bailie R, Garvey G, Walpole ET, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv Res Pract*. déc 2016;10(6):990-1011.
74. Lawrence RA, McLoone JK, Wakefield CE, Cohn RJ. Primary Care Physicians' Perspectives of Their Role in Cancer Care: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. oct 2016;31(10):1222-36.
75. Fox J, Thamm C, Mitchell G, Emery J, Rhee J, Hart NH, et al. Cancer survivorship care and general practice: A qualitative study of roles of general practice team members in Australia. *Health Soc Care Community*. juill 2022;30(4):e1415-26.

## Annexes :

### Annexe 1 : Évaluation méthodologique des articles

#### 1/ Études observationnelles : STROBE

- General practitioners' management of cancer in England secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer

Section	Item	Description	Résultats
Titre et résumé			
	1. Titre et résumé	a. Identification du type d'étude	0,5
		b. Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé	0,5
Introduction			
	2. Contexte	Contexte scientifique et explication du bien fondé	1
	3. Objectifs	Objectifs spécifiques et hypothèses	1
Méthode			
	4. Conception de l'étude	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document	1
	5. Contexte	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données	1
	6. Populations	a. Critères d'éligibilité des participants	0,5
		b. Méthode de sélection des participants	0,5
	7. Variables	Définir clairement les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusions potentiels, les facteurs d'influence	0
	8. Sources de mesures	Chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation.	1
	9. Biais	Décrire les mesures pour éviter les sources potentielles de biais	0
	10. Taille de l'étude	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	1
	11. Variables quantitatives	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi.	1
	12. Analyses statistiques	a. Décrire toutes les analyses statistiques	0,25
		b. Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions	0,25
		c. Expliquer comment les données manquantes ont été traitées	0
		d. Décrire comment les perdus de vue ont été traités	0,25
Résultats			
	13. Populations	a. Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude	0
		b. Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape	0
		c. Diagramme de flux	0
	14. Données descriptives	a. Caractéristiques de la population étudiée	0,33
		b. Nombre de sujets inclus	0,33
		c. Résumer la période de suivie	0,33
	15. Données obtenues	Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés	0

	16. Principaux résultats	a. Indiquer les estimations avant et après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision	0,5
		b. Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées.	0,5
	17. Autres analyses	Mentionner les autres analyses réalisées	1
Discussion			
	18. Principaux résultats	Résumer les principaux résultats aux objectifs de l'étude	1
	19. Limitations	Discuter les limites de l'étude en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens de l'importance de tout biais potentiel	1
	20. Interprétation	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses des résultats d'études similaires et pertinents	1
	21. Généralisabilité	Discuter la généralisabilité des résultats de l'étude	1
Informations supplémentaires			
	22. Financement	Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs	1
Pourcentage			81,00%

- Cross-sectorial cooperation and supportive care in general practice cancer patients' experiences

Section	Item	Description	Résultats
Titre et résumé			
	1. Titre et résumé	a. Identification du type d'étude	0,5
		b. Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé	0,5
Introduction			
	2. Contexte	Contexte scientifique et explication du bien fondé	1
	3. Objectifs	Objectifs spécifiques et hypothèses	1
Méthode			
	4. Conception de l'étude	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document	1
	5. Contexte	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données	1
	6. Populations	a. Critères d'éligibilité des participants	0,5
		b. Méthode de sélection des participants	0,5
	7. Variables	Définir clairement les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusions potentiels, les facteurs d'influence	1
	8. Sources de mesures	Chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation.	1
	9. Biais	Décrire les mesures pour éviter les sources potentielles de biais	0
	10. Taille de l'étude	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	0
	11. Variables quantitatives	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi.	1
	12. Analyses statistiques	a. Décrire toutes les analyses statistiques	0,25

		b. Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions	0,25
		c. Expliquer comment les données manquantes ont été traitées	0
		d. Décrire comment les perdus de vue ont été traités	0
Résultats			
	13. Populations	a. Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude	0,33
		b. Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape	0,33
		c. Diagramme de flux	0,33
	14. Données descriptives	a. Caractéristiques de la population étudiée	0,33
		b. Nombre de sujets inclus	0,33
		c. Résumer la période de suivie	0,33
	15. Données obtenues	Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés	0
	16. Principaux résultats	a. Indiquer les estimations avant et après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision	0,5
		b. Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées.	0,5
	17. Autres analyses	Mentionner les autres analyses réalisées	1
Discussion			
	18. Principaux résultats	Résumer les principaux résultats aux objectifs de l'étude	1
	19. Limitations	Discuter les limites de l'étude en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens de l'importance de tout biais potentiel	1
	20. Interprétation	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses des résultats d'études similaires et pertinents	1
	21. Généralisabilité	Discuter la généralisabilité des résultats de l'étude	1
Informations supplémentaires			
	22. Financement	Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs	1
Pourcentage			84,00%

- Increased primary health care use in the first year after colorectal cancer diagnosis

Section	Item	Description	Résultats
Titre et résumé			
	1. Titre et résumé	a. Identification du type d'étude	0,5
		b. Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé	0,5
Introduction			
	2. Contexte	Contexte scientifique et explication du bien fondé	1
	3. Objectifs	Objectifs spécifiques et hypothèses	1
Méthode			
	4. Conception de l'étude	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document	1
	5. Contexte	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données	1

	6. Populations	a. Critères d'éligibilité des participants	0,5
		b. Méthode de sélection des participants	0,5
	7. Variables	Définir clairement les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusions potentiels, les facteurs d'influence	
	8. Sources de mesures	Chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation.	1
	9. Biais	Décrire les mesures pour éviter les sources potentielles de biais	0
	10. Taille de l'étude	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	1
	11. Variables quantitatives	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi.	1
	12. Analyses statistiques	a. Décrire toutes les analyses statistiques	0,25
		b. Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions	0,25
		c. Expliquer comment les données manquantes ont été traitées	0
		d. Décrire comment les perdus de vue ont été traités	0
Résultats			
	13. Populations	a. Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude	0,33
		b. Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape	0,33
		c. Diagramme de flux	0,33
	14. Données descriptives	a. Caractéristiques de la population étudiée	0,33
		b. Nombre de sujets inclus	0,33
		c. Résumer la période de suivie	0,33
	15. Données obtenues	Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés	1
	16. Principaux résultats	a. Indiquer les estimations avant et après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision	0
		b. Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées.	0,5
	17. Autres analyses	Mentionner les autres analyses réalisées	1
Discussion			
	18. Principaux résultats	Résumer les principaux résultats aux objectifs de l'étude	1
	19. Limitations	Discuter les limites de l'étude en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens de l'importance de tout biais potentiel	1
	20. Interprétation	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses des résultats d'études similaires et pertinents	1
	21. Généralisabilité	Discuter la généralisabilité des résultats de l'étude	1
Informations supplémentaires			
	22. Financement	Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs	1
Pourcentage			86,00%

## 2/ Les études évaluant l'amélioration de la qualité du système de santé : SQUIRE 2.0

### - Cancer, ageing, multimorbidity and primary care

Section	Item	Description	Résultats
Titre et résumé			
	1. Titre	Indiquez que le manuscrit concerne une initiative visant à améliorer les soins de santé (au sens large pour inclure la qualité, la sécurité, l'efficacité, l'attention portée au patient, la rapidité, le coût, l'efficience et l'équité des soins de santé)	1
	2. Résumé	a. Fournir des informations adéquates pour faciliter la recherche et l'indexation	0
		b. Résumez toutes les informations clés des différentes sections du texte en utilisant le format de résumé de la publication prévue ou un résumé structuré tel que : contexte, problème local, méthodes, interventions, résultats, conclusions	0
Introduction			
	3. Description du problème	Nature et importance du problème local.	1
	4. Connaissances disponibles	Résumé de ce que l'on sait actuellement sur le problème, y compris les études antérieures pertinentes	1
	5. Justification	Cadres, modèles, concepts et / ou théories informels ou formels utilisés pour expliquer le problème, toutes les raisons ou hypothèses qui ont été utilisées pour développer l'intervention(s), et les raisons pour lesquelles l'intervention(s) devait fonctionner	1
	6. Objectifs spécifiques	Objectif du projet et de ce rapport	1
Méthodes			
	7. Contexte	Éléments contextuels jugés importants au début de l'introduction de l'intervention ou des interventions	1
	8. Intervention(s)	a. Description de la ou des interventions suffisamment détaillées pour que d'autres puissent la reproduire	0
		b. Spécificités de l'équipe impliquée dans les travaux	0
	9. Étude de(s) Intervention(s)	a. Approche choisie pour évaluer l'impact de l'intervention ou des interventions	0
		b. Approche utilisée pour établir si les résultats observés étaient dus à l'intervention ou des interventions	0
	10. Mesures	a. Mesures choisies pour étudier les processus et les résultats de la ou des interventions, y compris la justification de leur choix, leurs définitions opérationnelles, ainsi que leur validité et leur fiabilité	0
		b. Description de l'approche de l'évaluation continue des éléments contextuels qui ont contribué au succès, à l'échec, à l'efficacité et au coût	0
		c. Méthodes employées pour évaluer l'exhaustivité et l'exactitude des données	0
	11. Analyse	a. Méthodes qualitatives et quantitatives utilisées pour tirer des conclusions à partir des données	0
		b. Méthodes pour comprendre la variation dans les données, y compris les effets du temps en tant que variable	0
	12. Considérations éthiques	Aspects éthiques de la mise en œuvre et de l'étude des interventions et de la manière dont elles ont été traitées, y compris, mais sans s'y limiter, l'examen éthique formel et les conflits d'intérêts potentiels	0
Résultats			
	13. Résultats	a. Étapes initiales de l'intervention ou des interventions et leur évolution dans le temps (p. ex., diagramme chronologique, organigramme ou tableau), y compris les modifications apportées à l'intervention au cours du projet	0
		b. Détails des mesures du processus et des résultats	0
		c. Éléments contextuels ayant interagi avec la ou les interventions	0

		d. Associations observées entre les résultats, les interventions et les éléments contextuels pertinents	0
		e. Conséquences imprévues telles que des avantages inattendus, des problèmes, des échecs ou des coûts associés à l'intervention ou des interventions	0
		f. Détails sur les données manquantes	0
Discussion			
	14. Résumé	a. Principaux résultats, y compris la pertinence par rapport à la justification et aux objectifs spécifiques	0
		b. Atouts particuliers du projet	0,5
	15. Interprétation	a. Nature de l'association entre les interventions et les résultats	0
		b. Comparaison des résultats avec les conclusions d'autres publications	0
		c. Impact du projet sur les personnes et les systèmes	0,2
		d. Raisons de toute différence entre les résultats observés et prévus, y compris l'influence du contexte	0
		e. Coûts et compromis stratégiques, y compris coûts d'opportunité	0
	16. Limites	a. Limites à la généralisabilité du travail	0
		b. Facteurs pouvant avoir une validité interne limitée, tels que confusion, biais ou imprécision dans la conception, les méthodes, la mesure ou l'analyse	0
		c. Efforts déployés pour minimiser et ajuster les limitations	0
	17. Conclusion	a. Utilité du travail	0,2
		b. Durabilité	0,2
		c. Potentiel de propagation à d'autres contextes	0,2
		d. Implications pour la pratique et pour la poursuite des études sur le terrain	0,2
		e. Prochaines étapes suggérées	0,2
Les autres informations			
	18. Financement	Sources de financement qui ont soutenu ce travail. Rôle, le cas échéant, de l'organisme de financement dans la conception, la mise en œuvre, l'interprétation et l'établissement de rapports	1
Pourcentage			48,00%

## Annexe 2 : articles exclus

Articles exclus	Étayage
Primary care and communication in shared cancer care: a qualitative study.	Hors gériatrie
General Practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role.	Hors gériatrie
Health care use and remaining needs for support among women with breast cancer in the first 15 months after diagnosis: the role of the GP.	Hors gériatrie
The role of primary care physicians in cancer care.	Hors gériatrie
The role of general practitioners in diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France.	Hors phase active de traitement
Primary care physicians' involvement in the cancer care of older long-term survivors.	Hors phase active de traitement
Comparisons of patient and physician expectations for cancer survivorship care.	Hors phase active de traitement
Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives.	Hors phase active de traitement
Patients' experience with cancer care: a qualitative study in family practice.	Hors phase active de traitement
Patients' perspectives on the role of their general practitioner after receiving an advanced cancer diagnosis.	Hors phase active de traitement
Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry.	Hors gériatrie
A randomised controlled trial to improve general practitioners' services in cancer rehabilitation: effects on general practitioners' proactivity and on patients' participation in rehabilitation activities.	Hors gériatrie
Survivorship care plans: is there buy-in from community oncology providers?	Hors phase active de traitement
[Cancer screening in France: 10 years of analysis of behaviours by the EDIFICE surveys].	Hors phase active de traitement
[Support for cancer caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: the role of family physicians].	Hors phase active de traitement
A role of family doctors in taking care of men's health.	Hors phase active de traitement
Communication between primary care physicians and radiation oncologists regarding patients with cancer treated with palliative radiotherapy.	Hors phase active de traitement
Men's perspectives on selecting their prostate cancer treatment.	Hors soins primaires
Shared care in geriatric oncology: primary care providers' and medical/oncologist's perspectives.	Hors gériatrie
[Experiences of main caregivers helping patients suffering from lung cancer and position assigned to general practitioners].	Hors phase active de traitement
Women's views of consultations about familial risk of breast cancer in primary care.	Hors phase active de traitement
Experiences of hospital-based multidisciplinary team meetings in oncology: An interview study among participating general practitioners	Hors gériatrie
What role does the general practitioner in France play among cancer patients during the initial treatment phase with intravenous chemotherapy? A qualitative study.	Hors gériatrie
Roles of the urologist and nurse from the perspective of patients with prostate cancer receiving luteinizing hormone-releasing hormone analogue therapy.	Hors soins primaires

Trajectories of multimorbidity: exploring patterns of multimorbidity in patients with more than ten chronic health problems in life course.	Hors phase active de traitement
[Intervention of the family physician in the diagnosis of cancer].	Hors phase active de traitement
"When patients have cancer, they stop seeing me"--the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer--a qualitative study.	Hors gériatrie
Role of the primary physician in the detection and treatment of gynecologic cancer.	Hors phase active de traitement
Why refer possible oral cancer to the dentist for assessment?	Hors soins primaires
Breast cancer and hormone-replacement therapy: up to general practice to pick up the pieces.	Hors soins primaires
Primary care issues for the breast cancer survivor.	Hors phase active de traitement
Cancer in Australia--an update for GPs.	Hors soins primaires
Cancer patients' expectations of the role of family physicians in communication about complementary therapies.	Hors phase active de traitement
Advice to consult a general medical practitioner in Western Australia: could it be cancer?	Hors phase active de traitement
Impact d'une fiche de liaison relative aux soins de support à destination des médecins traitants	Hors phase active de traitement
Vécu des aidants principaux de patients traités pour cancer broncho-pulmonaire et place attribuée au médecin généraliste	Doublon
Dépression et maladies organiques associées, une comorbidité encore sous-estimée. Résultat de l'enquête DIALOGUE.	Hors soins primaires
Le programme "Action Femme Santé" dans trois communes de l'agglomération lyonnaise.	Hors soins primaires
Interventions for the treatment of metastatic extradural spinal cord compression in adults	Hors soins primaires
Tumour bed boost radiotherapy for women after breast-conserving surgery	Hors soins primaires
Interventions for promoting participation in shared decision-making for children with cancer	Hors soins primaires
Outpatient treatment for people with cancer who develop a low-risk febrile neutropaenic event	Hors soins primaires
Yoga in addition to standard care for patients with haematological malignancies	Hors soins primaires
Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service	Hors soins primaires
Follow-up protocols for women with cervical cancer after primary treatment	Hors soins primaires
Exercise training undertaken by people within 12 months of lung resection for non-small cell lung cancer	Hors soins primaires
Prophylactic antibiotics or G(M)-CSF for the prevention of infections and improvement of survival in cancer patients receiving myelotoxic chemotherapy	Hors soins primaires
Metformin for endometrial hyperplasia	Hors soins primaires
Oral versus intravenous fluoropyrimidines for colorectal cancer	Hors soins primaires
Systemic corticosteroids for the management of cancer-related breathlessness (dyspnoea) in adults	Hors soins primaires
Interventions for infantile haemangiomas of the skin	Hors soins primaires
Alternatives, and adjuncts, to prophylactic platelet transfusion for people with haematological malignancies undergoing intensive chemotherapy or stem cell transplantation	Hors soins primaires

## **Résumé :**

**Introduction :** Le rôle du médecin généraliste est décrit comme pivot dans la prise en soins des patients en phase active de traitement antinéoplasique. L'oncogériatrie est le résultat du rapprochement de deux spécialités, oncologie et gériatrie. Le but est de s'adapter à la spécificité de la personne âgée. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en soins des patients âgés en phase active de traitement nécessite-t-il une adaptation à la spécificité de la personne âgée ? L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux des connaissances à ce sujet.

**Méthode :** Revue systématique de la littérature, interrogeant les bases de données médicales : PubMed, Cochrane Library, et LiSSa. Les articles inclus concernaient les patients atteints de cancer en phase active de traitement, publiés en français et en anglais, entre 1997 (date des premières publications référencées sur le sujet recherché) et le 31/12/2021.

**Résultats :** Seul 4 études ont été incluses. Les personnes âgées en phase active de traitement ont moins recours au médecin généraliste en ce qui concerne la question spécifique à leur pathologie, mais sollicite plus ce dernier concernant la gestion de la douleur, le soutien psychologique, la surveillance de l'état nutritionnel, la surveillance de la fatigue et la recherche de ses étiologies, la gestion des effets indésirables des différents traitements (chirurgie, radiothérapie, médicaments) et l'accompagnement médico-social. La coopération entre médecin généraliste et spécialistes est jugée insuffisante par les patients âgés en phase active de traitement antinéoplasique.

**Discussion :** Le peu d'études incluses éclaire les carences de prises en charge concernant l'adaptation du rôle du médecin généraliste chez la personne âgée en phase active de traitement antinéoplasique. Elles ne permettent pas de fournir des résultats significatifs.

Les patients âgés fragiles atteints de cancer ont un risque de complications plus élevé plus le syndrome de fragilité est évolué. En raison de son rôle dans la gestion des soins continus et coordonnés, sa connaissance du contexte personnel et environnemental du patient, et sa capacité à dépister et traiter le syndrome de fragilité, le médecin généraliste pourrait apporter un bénéfice dans la prise en soins des patients âgés, en phase active de traitement antinéoplasique.

La prise de décision multidisciplinaire concernant les traitements antinéoplasiques chez les patients âgés atteints plus fréquemment de comorbidité, est encore fréquemment basée sur les impressions cliniques, les idées préconçues ou l'âge chronologique uniquement. Du fait de sa qualité de référent de soins primaires de longue date, le médecin généraliste pourrait apporter un complément d'informations concernant le contexte bio psycho social du patient afin de recentrer la prise de décision sur ce dernier.

En parallèle des compétences oncologiques des oncologues, la majoration d'utilisation des compétences de médecine générale en oncologie du médecin généraliste peut permettre un meilleur suivi et une meilleure qualité de vie des patients âgés atteints de cancer. Une meilleure communication entre spécialistes et médecins généralistes permettrait une délimitation claire des rôles de chacun.

**Mots clés :** Cancer, médecin généraliste, rôle et personnes âgées.

## **Abstract**

**Introduction:** The role of the GP is described as a pivot in the care of patients in the active phase of antineoplastic treatment. Oncogeriatrics is the result of bringing together two specialties, oncology and geriatrics. The goal is to adapt to the specificity of the elderly person. Does the role of the GP in the care of elderly patients in the active phase of treatment require adaptation to the specificity of the elderly person? The objective of this study is to carry out an inventory of knowledge on this subject.

**Method:** Systematic literature review querying medical databases: PubMed, Cochrane Library, and LiSSa. The articles included concerned cancer patients in the active phase of treatment, published in French and English, between 1997 (date of the first publications referenced on the researched subject) and 31/12/2021.

**Results:** Only 4 studies were included. Elderly people in the active phase of treatment have less recourse to the general practitioner with regard to the question specific to their pathology, but seek the latter more concerning pain management, psychological support, monitoring of nutritional status, monitoring of fatigue and research into its etiologies, management of the adverse effects of various treatments (surgery, radiotherapy, medication) and medico-social support. Cooperation between general practitioner and specialists is deemed insufficient by elderly patients in the active phase of antineoplastic treatment.

**Discussion:** The few studies included shed light on the lack of care concerning the adaptation of the role of the general practitioner in the elderly in the active phase of antineoplastic treatment. They do not provide meaningful results.

Elderly frail patients with cancer have a higher risk of complications the more advanced the frailty syndrome. Because of his role in the management of continuous and coordinated care, his knowledge of the personal and environmental context of the patient, and his ability to detect and treat the frailty syndrome, the general practitioner could bring a benefit in the care of patients. elderly, in the active phase of treatment.

Multidisciplinary decision-making regarding cancer treatments in older patients with more frequent comorbidity is still frequently based on clinical impressions, preconceptions or chronological age alone. Because of his quality as a long-standing primary care referent, the general practitioner could provide additional information concerning the bio-psycho-social context of the patient in order to refocus decision-making on the latter.

In parallel with the oncological skills of oncologists, increasing the use of general medicine skills in oncology of general practitioners can allow better follow-up and a better quality of life for elderly cancer patients. Better communication between specialists and general practitioners would allow a clear delimitation of the roles of each.

**Keywords:** Cancer, general practitioner, role and elderly people.





## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

