



Attitudes et représentations de la fatigue du patient âgé atteint de cancer : enquête auprès de médecins généralistes azuréens

Audrey Brabant

► To cite this version:

Audrey Brabant. Attitudes et représentations de la fatigue du patient âgé atteint de cancer : enquête auprès de médecins généralistes azuréens. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01410224

HAL Id: dumas-01410224

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01410224>

Submitted on 6 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE EN VUE DE L'OBTENTION DU
DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE**

Thèse présentée et soutenue publiquement

Le 11 Octobre 2016

A Nice

Par Audrey BRABANT

Née le 03 Octobre 1985

**ATTITUDES ET REPRESENTATIONS DE LA FATIGUE
DU PATIENT AGE ATTEINT DE CANCER : ENQUETE
AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES AZUREENS**

Président du Jury :

Professeur Olivier GUERIN

Assesseurs :

Professeur Philippe HOFLIGER

Professeur Stéphane SCHNEIDER

Directeur de thèse :

Docteur Jean-Michel TURPIN

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque Annelise	Mme DE LEMOS
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	M. LALANNE Claude-Michel M. LAMBERT Jean-Claude M. LAZDUNSKI Michel M. LEFEBVRE Jean-Claude M. LE BAS Pierre M. LE FICHOUX Yves Mme LEBRETON Elisabeth M. LOUBIERE Robert M. MARIANI Roger M. MASSEYEFF René M. MATTEI Mathieu M. MOUIEL Jean Mme MYQUEL Martine M. OLLIER Amédée M. ORTONNE Jean-Paul M. SAUTRON Jean Baptiste M. SCHNEIDER Maurice M. SERRES Jean-Jacques M. TOUBOL Jacques M. TRAN Dinh Khiem M VAN OBBERGHEN Emmanuel M. ZIEGLER Gérard
M. BALAS Daniel M. BATT Michel M. BLAIVE Bruno M. BOQUET Patrice M. BOURGEON André M. BOUTTÉ Patrick M. BRUNETON Jean-Noël Mme BUSSIERE Françoise M. CAMOUS Jean-Pierre M. CHATEL Marcel M. COUSSEMENT Alain M. DARCOURT Guy M. DELLAMONICA Pierre M. DELMONT Jean M. DEMARD François M. DOLISI Claude M. FRANCO Alain M. FREYCHET Pierre M. GÉRARD Jean-Pierre M. GILLET Jean-Yves M. GRELLIER Patrick M. HARTE Michel M. INGLES AKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence Pédopsychiatrie (49.04)

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIÈME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier Guérin,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir toute ma gratitude et ma profonde estime.

A Monsieur le Professeur Stéphane Schneider,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe Hofliger,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour l'honneur que vous me faites en acceptant de porter un jugement sur ce travail.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel Turpin,

Je te remercie d'avoir accepté de me guider dans la réalisation de ce travail de thèse. Merci pour tous tes conseils et encouragements. On est des monstres !

Aux médecins ayant participé à l'étude,

Merci pour votre disponibilité et votre bienveillance.

A mes maîtres de stage :

Les Urgences

Dr DESTAILLEURS, je vous remercie pour votre enseignement et votre accompagnement lors de mon premier stage d'interne.

Dr ELBEZE, Dr WOLTER, Dr DELABRE : Steph, Youngie et MOD, merci à vous pour votre gentillesse, vos compétences et pour m'avoir fait passé des moments de garde mémorables.

Dr ARLOTTO et Dr COPIN-PAGES : Cécile et Isa, merci pour vos qualités pédagogiques et également pour votre amitié.

Dr BENECHBLI et Dr HOCQ : Khalid, Fabien, votre petite fleur a bien grandi et c'est d'abord grâce à vos précieux conseils. Merci pour tout.

Dr DELMAIRE : Manu, merci pour ta sympathie et tes compétences.

La Médecine Interne

Dr DESTOMBE et Dr MILLASSEAU : Claire et Elodie, merci pour vos qualités pédagogiques, votre présence et votre sympathie.

La médecine générale

Dr MATHIEU, je vous remercie de m'avoir fait découvrir la médecine générale.

Dr CHAPUIS-COSSERAT et Dr COSSERAT : Anne-Laure et Didier, je vous remercie tous les deux de m'avoir fait découvrir la médecine générale et également de m'avoir appris à me poser des questions. Merci pour votre confiance et votre amitié qui me sont précieuses.

Dr ASPE : Merci pour vos qualités pédagogiques et votre confiance.

Dr DELOLME, Corinne, merci pour ces très bons moments passés en PMI, ta gentillesse et ton apprentissage.

La gynécologie-obstétrique

Dr DUQUENNE et Dr EL KASSIS : Maud, Tony, merci pour vos qualités pédagogiques et votre amitié.

La pédiatrie

Dr BOUAINANE, Dr BRUNA, Dr DEMEINEX, Dr FOLLY, Dr ZEHANI, Dr YOUSSEFF : Merci à vous tous pour m'avoir tant appris à vos côtés et de m'avoir fait sentir comme un membre à part entière de votre équipe.

A tous mes maîtres de stage pendant mon externat (Pr BOURRILLON, Pr FAYE, Dr DELACROIX et tant d'autres...), merci à vous tous pour vos qualités pédagogiques car c'est vous qui avez au départ inspiré mon parcours.

A tous, soyez assurés de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A ma famille,

A Alexandre, mon compagnon, merci pour ton indéfectible soutien et tes encouragements durant toutes ces années.

Je t'aime.

A Louise, mon adorable princesse, merci d'ensoleiller chaque jour notre vie.

Je t'aime ma chérie.

A mes parents, merci pour votre soutien pendant ces longues années d'étude. Merci pour votre amour et les valeurs que vous m'avez transmises. Vous êtes et resterez toujours mes premiers modèles. J'espère vous rendre fiers.

A mes sœurs adorées, Marie-Laure et Helen, merci pour votre présence, votre écoute, votre soutien.

A mon grand-père, Jean, tu n'es plus là aujourd'hui mais ton courage et tes valeurs ont toujours été une source d'inspiration pour moi.

A ma grand-mère, Emilie, merci d'être si fière de moi. Je souhaite pouvoir être aussi forte que toi à l'avenir.

A ma belle-famille, Christine, Frédo, Jean-Luc, Sylvie, Brigitte, Jean-Claude, Josette, Monette et Raymond... Merci de m'avoir accueillie dans votre famille.

A mes amis, mon autre famille

A Vanessa, my love, merci pour ton soutien, tes précieux conseils et ce, depuis 18ans déjà,

A Cicy, ma première amie du Sud, merci pour ta bonne humeur et ta spontanéité

A Angélique, merci pour tous ces bons moments insoucians passés ensemble, mais aussi pour ton écoute réconfortante,

A mes co-internes préférées

A Julia, Maud et Flore, les 3 drôles de dames du SSR à Cimiez, merci à vous pour votre gentillesse, votre bonne humeur, grâce à vous ce semestre en gériatrie aura été bien agréable,

A OuiOui, merci pour toutes ces franches parties de rigolade en Gynéco

A Angeline, Rania, Leïla, Anne-Laure, Priscille, les 2 Nico, Alexandre... La promotion Fréjus hiver 2010-2011, merci à vous tous pour m'avoir rendu moins difficile ce premier semestre dans une région totalement inconnue

A toutes les équipes soignantes rencontrées durant mes stages,

Merci pour votre accueil, votre gentillesse, votre bonne humeur qui ont rendus plus légers le stress et la pression souvent rencontrés durant ces 3 ans d'internat.

*Je dédie à cette thèse à mes parents, mes premiers modèles. Vous m'avez toujours poussé à donner le meilleur de moi-même.
Je vous aime.*

Table des matières

Introduction.....	14
1. Un enjeu démographique.....	14
2. Un enjeu de santé publique.....	14
3. Pourquoi la fatigue ?.....	14
3.1. Prévalence : un symptôme très fréquent.....	14
3.2. Définition et physiopathologie.....	15
3.2.1. Une définition.....	15
3.2.2. Caractéristiques cliniques et facteurs associés.....	15
3.2.3. Physiopathologie.....	15
3.2.3.1. Le rôle des cytokines et de ses voies de transduction.....	16
3.2.3.2. Le rôle de la sérotonine ou 5-HT.....	16
3.2.3.3. Le dysfonctionnement de l'axe HH par le cancer ou ses traitements.....	17
3.2.3.4. Perturbation du rythme circadien.....	17
3.2.3.5. Le dérèglement du métabolisme musculaire.....	18
3.2.3.6. Le déséquilibre de la balance énergétique.....	18
3.3. Conséquences chez la personne âgée.....	19
3.4. Outils de dépistage et d'évaluation.....	20
3.5. Le traitement.....	20
3.5.1. Le traitement médicamenteux.....	21
3.5.2. Le traitement non médicamenteux.....	21
4. Problématique.....	22
Matériel et méthodes.....	23
1. Objet de l'étude.....	23
2. Type d'étude.....	23
3. La population étudiée et le recrutement de l'échantillon.....	23
4. La recherche bibliographique et la préparation de l'entretien.....	24
4.1. La recherche bibliographique.....	24
4.2. La préparation de l'entretien.....	24
5. La phase de collecte et de transcription du verbatim.....	25
6. Analyse des entretiens.....	25

Résultats.....	26
1. Caractéristiques socio-démographiques.....	26
1.1. Genre.....	27
1.2. Répartition géographique.....	27
1.3. Milieu et mode d'exercice variés.....	27
1.4. Age moyen de 49.5ans.....	28
1.5. Durée moyenne d'installation.....	29
1.6. Formation.....	29
1.7. Durée moyenne des entretiens de 25.3minutes.....	29
2. Analyse des entretiens.....	30
2.1. L'abord du sujet en consultation est variable.....	30
2.1.1. Souvent il n'est pas abordé directement par le patient.....	30
2.1.2. Mais il apparaît souvent au cours de la consultation.....	30
2.1.3. Parfois, la fatigue n'est jamais évoquée.....	31
2.1.4. La place du MG dans la PEC du cancer explique que le sujet ne soit pas abordé.....	31
2.2. Les attitudes des MG face à la fatigue du patient âgé cancéreux sont finalement assez communes.....	32
2.2.1. Tout d'abord, il faut dépister la fatigue.....	32
2.2.2. Ensuite, ils essaient de trouver l'étiologie.....	32
2.2.2.1. En premier lieu, le cancer ou les effets indésirables des traitements...32	
2.2.2.2. Mais ils cherchent toujours d'autres causes organiques.....	33
2.2.2.3. Souvent, ils évoquent une cause psychique.....	33
2.2.3. Son caractère multifactoriel rend difficile la prise en charge de la fatigue.....	34
2.2.4. Ensuite vient la phase d'évaluation.....	34
2.2.4.1. L'évaluation passe par la caractérisation de cette fatigue.....	34
2.2.4.2. La connaissance du mode de vie et de la personnalité du patient facilite l'évaluation.....	35
2.2.4.3. La réalisation d'activités ou de tâches quotidiennes et leur évolution dans le temps restent les meilleurs paramètres d'évaluation.....	35
2.2.4.4. Le regard d'une tierce personne (famille, IDE, auxiliaire de vie) aide aussi parfois.....	36
2.2.4.5. Certains MG estiment qu'elle est souvent sous-évaluée.....	36
2.2.5. L'attitude thérapeutique est assez commune chez les MG interrogés.....	36

2.2.5.1.	Elle passe avant tout par l'accompagnement.....	36
2.2.5.2.	Le point d'orgue de la PEC thérapeutique : les traitements non médicamenteux.....	37
2.2.5.3.	Les traitements médicamenteux sont limités.....	38
2.2.5.4.	Pour un des MG interrogés, c'est l'oncologue qui gère tout ça.....	40
2.2.5.5.	Il faut également prendre en compte la famille et la soutenir.....	41
2.2.5.6.	Le travail en équipe est primordial.....	41
2.3.	La représentation de la fatigue chez le patient âgé cancéreux par le MG conditionne beaucoup la prise en charge.....	41
2.3.1.	Pour certains, elle fait partie d'une normalité.....	41
2.3.2.	La fatigue est aussi différente selon les stades de la maladie, elle est parfois un mécanisme de défense.....	42
2.3.3.	Parfois, il existe même des facteurs de résilience chez le patient.....	42
2.3.4.	Parfois encore, c'est le patient qui semble se limiter lui-même.....	43
2.3.5.	En tout cas, pour beaucoup, l'impact sur la qualité de vie du patient est énorme..	43
2.4.	Besoins et propositions.....	43
2.4.1.	Besoins organisationnels.....	43
2.4.2.	Absence de formation dans le cursus initial ou en formation médicale continue..	44
2.4.3.	Proposition de pistes pour l'éducation thérapeutique.....	44
Discussion		45
1.	Principaux résultats et leur implication en pratique courante.....	45
2.	Limites et biais de mon travail de thèse.....	47
3.	Comparaison avec les résultats des travaux existants dans la littérature.....	48
4.	Perspectives envisageables à l'issue des résultats de ce travail.....	48
Annexes		50
	Annexe 1 : FACIT-F.....	50
	Annexe 2 : QLQ-C15.....	54
Liste des abréviations		56
Bibliographie		57
Résumé		60
Serment d'Hippocrate		61

INTRODUCTION

1. Un enjeu démographique

L'INSEE prévoit un accroissement important du vieillissement de la population de la région PACA dans les prochaines 30 années. Il est prévu que le nombre de personnes âgées y augmenterait de 60% entre 2007 et 2040, soit près de 690 000 personnes âgées supplémentaires dont près de la moitié auraient 80ans ou plus. (1)

Une des corollaires du vieillissement de la population est l'augmentation du risque de développer un cancer.

2. Un enjeu de santé publique

Le 3ème plan cancer 2014-2015 (2) réaffirme la **place importante que doit occuper le MG dans la prise en charge du patient atteint de cancer** ; que ce soit dans le dépistage et le diagnostic mais également dans le suivi. L'accent est également mis sur le développement des thérapies ambulatoires ce qui implique une prise en charge thérapeutique à domicile de la maladie et donc probablement un plus grand recours au MG notamment quand le centre oncologique de référence du malade se situe à plusieurs dizaines de kms.

Un des objectifs phare de ce 3ème plan cancer est **la prise en charge globale** du patient pendant et après la maladie pour **préserver la qualité de vie**.

Or, les patients âgés présentent de nombreux symptômes liés à la maladie elle-même ou à ses traitements qui altèrent la qualité de vie et parmi ces symptômes ; la fatigue.

3. La fatigue

3.1. Prévalence : un symptôme très fréquent

La fatigue concernerait plus de 50% des patients âgés atteints de cancer à un stade avancé ou en cours de traitement (chimiothérapie et radiothérapie). (3)

Elle est également présente chez 25 à 33% des patients survivants après traitement (en rémission ou guéris) jusqu'à 10ans après le diagnostic (4).

3.2. Définition et physiopathologie

Pour mieux comprendre :

3.2.1. Une définition :

On appelle fatigue ou asthénie une sensation subjective physique, émotionnelle et/ou psychique de fatigue sans cause immédiate, qui ne s'améliore pas avec le repos et cliniquement significative. (5)

En cancérologie, on utilise indifféremment les termes fatigue ou asthénie.

3.2.2. Caractéristiques cliniques et facteurs associés

La fatigue liée au cancer varie grandement dans son expression clinique et ses effets selon les patients (6)(7). Il n'y a pas de symptômes propres hormis qu'elle n'est pas proportionnelle à l'activité qui l'aurait immédiatement précédée et surtout qu'elle ne s'améliore ni avec le repos ni avec le sommeil.

Selon les résultats de la revue de la littérature de Harvey et al.(8), il n'y aurait pas de rapport entre la fatigue et le type de traitement du cancer (chirurgie, radiothérapie...). La fatigue ne serait pas corrélée aux caractéristiques démographiques telles que l'âge, le sexe et le groupe ethnique chez les patients atteints de cancer.

Bien que la fatigue soit une entité clinique bien distincte, elle est souvent associée à d'autres symptômes tels que l'insomnie, les douleurs, l'anxiété, la dépression. L'ensemble de ces troubles peuvent co-exister avec la fatigue ou bien être générateurs de fatigue.

3.2.3. Physiopathologie

A ce jour, les mécanismes de la fatigue au cours du cancer sont encore mal connus et surtout étudiés. Les causes sont de toute évidence multi-factorielles.

Différents mécanismes proposés :

- Dysrégulation de la sécrétion de sérotonine
- Dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire
- Trouble du rythme circadien
- Dysrégulation du métabolisme musculaire

- Dysrégulation des cytokines
- Désordres de la balance énergétique

Ces mécanismes qui peuvent être associés au cancer lui-même ou à ses traitements, apparaissent étroitement liés les uns aux autres. Cependant, ils semblent tous aboutir à la génération de fatigue dans le cancer.

Rappelons-nous...

3.2.3.1. Le rôle des cytokines pro-inflammatoires et de ses voies de transduction (9)(10)

De plus en plus de données suggèrent un rôle important et central des cytokines pro-inflammatoires parmi les mécanismes de la fatigue liée au cancer.

De récentes données issues de la revue de la littérature évoquent des variations sur les gènes de l'inflammation (IL1B, IL6 et TNF) présentes chez les patients souffrant de fatigue liée au cancer.

Les traitements du cancer (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie entre autres) entraînent des dommages et destructions cellulaires importantes, induisant donc une activation du système immunitaire inné.

Le stress (comme se voir annoncer un diagnostic de cancer) pourrait également activer les cytokines pro-inflammatoires et leurs voies de transduction à la fois en périphérie mais également au niveau cérébral.

La « sur-activation » des cytokines pro-inflammatoires entraîne :

- une altération du métabolisme de neurotransmetteurs cérébraux tels que la sérotonine ou la dopamine
- des troubles de la synthèse de neuropeptides comme la CRH entraînant donc un dérèglement de l'axe HH.
- Un changement du rythme circadien et de la production de cortisol qui par rétrocontrôle induit une inhibition de la régulation de la réponse inflammatoire
- une activation du système sympathique.

3.2.3.2. Le rôle de la sérotonine ou 5-HT (11)

Contrôle l'appétit, le sommeil, la mémoire, les capacités d'apprentissage, la régulation thermique, l'humeur, le comportement, l'appareil cardio-vasculaire, la contraction musculaire et la régulation endocrine.

Certaines études ont montré qu'une altération de la neurotransmission sérotoninergique est associée à une fatigue au cours de l'exercice physique. Dans plusieurs d'entre elles, l'administration d'inhibiteurs

sélectifs de la recapture de la sérotonine a montré une baisse de la capacité à exécuter un exercice physique.

D'autres données suggèrent une interruption de l'interaction entre l'axe hypothalamo-hypophysaire (HH ou HHA) et le système sérotoninergique ou encore le rôle des cytokines pro-inflammatoires dans les troubles du métabolisme sérotoninergique.

Le cancer et/ou ses traitements spécifiques pourraient perturber l'interaction entre les cytokines pro-inflammatoires et le système sérotoninergique.

3.2.3.3. Dysfonctionnement de l'axe HH par le cancer et/ou les traitements du cancer (12)(13)(14)

L'axe HHA est un important régulateur de la production de cytokine. Il contrôle notamment la sécrétion de cortisol en réponse à un stress physique ou psychologique.

Pour mémoire, le cortisol exerce plusieurs effets biologiques comprenant la régulation de la pression artérielle, la fonction cardiaque, le métabolisme glucidique et la fonction immunitaire.

Certains travaux réalisés chez les femmes atteintes d'un cancer du sein en rémission ont montré une baisse significative du pic de cortisol diurne et des taux plus élevés de cortisol dans la soirée dans les groupes de patientes souffrant de fatigue.

Chez les patientes atteintes de cancer de l'ovaire, des taux plus élevés de cortisol en soirée et une baisse de la variation du taux de cortisol sont associés à la fatigue avant le début du traitement.

Actuellement, le mécanisme exact par lequel le cancer ou ses traitements pourraient causer une perturbation de l'axe HH et donc causer de la fatigue est encore flou.

Certaines thérapeutiques du cancer comme la corticothérapie, la radiothérapie ou certaines formes de chimiothérapie pourraient directement bloquer l'axe HH.

On sait également qu'une hypocortisolémie permet l'augmentation de l'activité des cytokines pro-inflammatoires. Ou encore, qu'une baisse de la réponse des récepteurs sérotoninergiques contrôlant l'axe HH au niveau de l'hypothalamus entraîne un déficit de sécrétion de CRH et donc une hypocortisolémie.

3.2.3.4. Perturbation du rythme circadien

Le rythme circadien intervient dans la régulation de :

- la sécrétion hormonale (cortisol, mélatonine et prolactine)
- processus métaboliques (tels que la température corporelle et les taux de protéines circulantes)

- rythme veille-activité
- système immunitaire (taux de leucocytes et notamment PNN circulants)

Les travaux de Berger et Mormont et al. (15)(16) sur le rythme circadien de veille-activité chez les patients atteints de cancer colique et mammaire ont démontré une relation significative entre fatigue et troubles du sommeil nocturnes. Ils ont également observé une association entre rythme circadien irrégulier et accroissement de la fatigue.

Les troubles de la sécrétion circadienne de mélatonine joueraient également un rôle dans la genèse de la fatigue liée au cancer.

3.2.3.5. Dérèglement du métabolisme musculaire (17)(18)(19)

Lié à une capacité réduite à régénérer l'adénosine triphosphate (ATP) qui constitue la principale source d'énergie nécessaire à la contraction du muscle squelettique.

Chez les patients atteints de cancer, la diminution de l'ATP pourrait être expliquée notamment par une réduction des apports énergétiques (altération de l'appétit, cancer et/ou ses traitements associés à des troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie), ou encore d'une altération du métabolisme des protéines musculaires.

D'autres études suggèrent le rôle de l'accumulation de mutations de l'ADN mitochondrial entraînant fatigue et fatigabilité à l'effort. Ces mutations seraient d'autant plus importantes chez la personne âgée.

3.2.3.6. Déséquilibre de la balance énergétique (20)

Il faut tout d'abord comprendre comment est répartie l'utilisation de l'énergie sur 24h :

- une petite part est attribuée à la digestion alimentaire et à la régulation de la température
- entre 40 et 60% sont dévolues à la préservation de l'équilibre homéostatique au repos
- tout le reste est utilisé pour les activités physiques et cognitives

En cas de pathologies, la part attribuée à la préservation de l'équilibre homéostatique est augmentée.

Chez la personne âgée, à cause des pathologies liées à l'âge et des déficiences biomécaniques, il faut donc une plus grande part d'énergie pour conserver l'équilibre homéostatique de repos. La réalisation des tâches quotidiennes (physiques et cognitives) requiert quasiment toute l'énergie disponible.

Cette diminution d'énergie provoque une alerte au niveau cérébral dont la réponse est la génération de fatigue.

Pour épargner de l'énergie, les patients réduisent donc leur activité physique et par conséquent diminue l'énergie totale disponible ce qui génère encore plus de fatigue et conduit donc à un cercle vicieux.

Chez la population âgée, les mécanismes de la fatigue sont encore plus complexes. En effet, le vieillissement seul :

- Affecte le fonctionnement du système immunitaire (réponse systémique inflammatoire excessive, baisse de l'immunité face aux antigènes exogènes, augmentation des phénomènes d'auto-immunité)
- Est à l'origine d'une dysrégulation neuro-endocrine (décroissance de l'hormone de croissance associée à la dysrégulation de l'axe corticotrope, suractivation du système sympathique).
- Induit fréquemment un déclin des différents systèmes organiques (ralentissement du rythme et du débit cardiaques qui conduisent à une hypoperfusion d'organes et à une augmentation de la pression artérielle sanguine ou encore ralentissement de la capacité vitale pulmonaire et du volume de réserve expiratoire associé une augmentation des volumes résiduels ou bien le ralentissement de la vidange gastrique et la baisse de l'absorption gastro-intestinale, une baisse de l'hématopoïèse, la diminution de sécrétion des hormones sexuelles ou encore la réduction de la masse musculaire et la force motrice...).

ON COMPREND DONC QUE LA FATIGUE LIEE AU CANCER EST UN PHENOMENE TRES COMPLEXE, MULTIFACTORIEL QUELQUE SOIT L'AGE. LES MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES INTERVENANT DANS LA GENESE DE LA FATIGUE CHEZ LE PATIENT AGE ATTEINT DE CANCER SE SURAJOUTENT AUX MODIFICATIONS PHYSIOPATHOLOGIQUES DU VIEILLISSEMENT RENDANT LA COMPREHENSION DU MECANISME DE LA FATIGUE ENCORE PLUS COMPLEXE.

3.3. Conséquences chez la personne âgée

La fatigue est de loin le trouble le plus stressant et qui impacte le plus négativement la qualité de vie chez les patients âgés atteints de cancer. Elle est généralement associée à une baisse de la survie ainsi qu'une hausse de la mortalité. (21)

3.4. Outils de dépistage et d'évaluation

A ce jour, il existe quelques recommandations concernant le dépistage et l'évaluation de la fatigue liée au cancer. Elles concernent les adultes atteints de cancer mais pas forcément la population particulière des personnes âgées. (22,23)

Les différentes études, revues systématiques et recommandations existantes insistent toutes sur l'importance de réaliser régulièrement un dépistage de la fatigue par l'ensemble des professionnels de santé s'occupant du patient. (24)

Elles plébiscitent l'usage d'une Echelle Visuelle Analogique (EVA) numérique allant de 0 à 10. (23)

Le recueil de l'anamnèse précise de la fatigue serait également indispensable. Elle comprend la description de son intensité, sa durée, les facteurs aggravants ou calmants, son évolution dans le temps ainsi que son impact fonctionnel.

Il existe des outils d'évaluation de la fatigue mais ils ne sont pas spécifiques de la personne âgée

2 Outils semblent intéressants : la FACIT-F (cf. Annexe 1) et la QLQ-C15 (cf. Annexe 2).

Pour résumer, les outils de dépistage existants sont :

- Peu nombreux
- Non spécifiques aux personnes âgées

3.5. Traitement

Il passe avant toute chose par le traitement des facteurs de risque associés comme le traitement de l'anémie, des troubles du sommeil, des troubles anxio-dépressifs, de la dénutrition, des co-morbidités. Il paraît également primordial surtout chez la personne âgée d'étudier en détail le traitement qu'elle peut déjà avoir par ailleurs. (23)

En effet, on connaît bien chez la personne âgée, l'impact négatif que peut avoir la polymédication.

De nombreux médicaments en dehors de la chimiothérapie peuvent à eux seul générer de la fatigue.

L'approche moderne de la prise en charge thérapeutique de la fatigue comprend à la fois l'utilisation de traitements médicamenteux et de traitements non médicamenteux.

3.5.1. Traitement médicamenteux

D'après plusieurs travaux, la Ritaline apparaîtrait comme efficace sur la fatigue liée au cancer. Mais d'autres études seront nécessaires pour affirmer cet effet positif. (25)

D'autres psychotropes tels que le Modafinil permettraient d'améliorer de manière significative une fatigue sévère liée au cancer. (26)

L'utilisation de psychotropes selon les recommandations de la NCCN ne devraient être envisagée qu'en cas de fatigue sévère. En effet, à ce jour, aucune étude randomisée n'a permis de déterminer précisément des dosages optimaux ou encore d'établir des schémas thérapeutiques.

L'utilisation d'EPO, selon la NCCN (National Comprehensive Cancer Network), n'est efficace sur la fatigue que chez les patients souffrant d'anémie secondaire à la chimiothérapie.

Le recours aux antidépresseurs n'est pas non plus recommandé pour réduire la fatigue en dehors d'une dépression clinique authentifiée.

3.5.2. Traitement non médicamenteux :

L'éducation thérapeutique est le fer de lance du traitement non médicamenteux de la fatigue. Elle est en grande partie basée sur le principe de l'épargne énergétique.

L'épargne énergétique c'est : aider les patients à identifier les activités quotidiennes et à réduire l'énergie dépensée pour les réaliser en privilégiant certaines activités par rapport à d'autres. C'est également les aider à équilibrer de manière optimale les phases de repos et d'activités.

Par ailleurs, il semblerait que des activités purement distractives (jeux, musique, lecture, activités collectives entre autres) seraient utiles pour diminuer la fatigue.

D'après la NCCN guideline mais également selon plusieurs études récentes (27)(28), la fatigue serait améliorée par :

- Un renforcement des activités ou exercices physiques

- Le recours à des thérapies cognitivo-comportementales (TCC)
- Des interventions psychosociales

Plusieurs travaux ont étudié l'impact d'un renforcement de l'activité physique sur la fatigue liée au cancer. Ils s'accordent tous sur son impact positif. (29)(30)

Cependant, à ce jour, aucune étude n'a pu déterminer ni le type ni la durée d'activité physique nécessaires pour améliorer la fatigue chez le patient âgé atteint de cancer.

4. Problématique

Au vu de l'ensemble des points vus ci-avant, on comprend mieux la problématique : la fatigue de la personne âgée atteinte de cancer est un symptôme (très) fréquent et ses conséquences en terme de morbidité et diminution de la qualité de vie sont importantes.

Sa pathogénie est complexe impliquant des facteurs somatiques mais également psychiques et sociaux avec des modes d'expression clinique très variables selon les patients.

Les outils de dépistage sont peu nombreux et probablement difficilement applicables à cette population. Leur utilisation en pratique courante est sans doute peu répandue notamment par les médecins généralistes.

Or avec l'augmentation de l'incidence des cancers et le vieillissement de la population, le médecin généraliste devra faire face à un nombre de plus en plus important de sujets âgés atteints de cancer et présentant ce symptôme.

C'est donc tout naturellement que je me suis posée la question de savoir quelles étaient ou pourraient être les attitudes des MG face la fatigue chez le patient âgé atteints de cancer ?

L'objectif principal de ce travail est donc d'analyser le ressenti des MG lors d'une consultation pour « fatigue » chez un patient âgé atteint de cancer. Les objectifs secondaires sont de recueillir les besoins, les difficultés rencontrées ainsi que des propositions éventuelles à la prise en charge de la fatigue chez le patient âgé atteint de cancer.

MATERIEL ET METHODES

1. Objet de l'étude

Il semble justifier d'interroger un panel de médecins généralistes sur leurs attitudes face à un sujet d'actualité complexe mais fréquent.

L'objet de cette étude a été d'analyser le ressenti des médecins généralistes au cours de la consultation face une fatigue chez le patient âgé atteint de cancer.

Les objectifs secondaires étaient de recueillir les besoins et propositions éventuels.

2. Type d'étude

Parce qu'elle ne cherche pas à mesurer les connaissances mais plutôt à obtenir des données plus profondes, à laisser s'exprimer un avis, la méthode qualitative est apparue comme la plus légitime pour ce travail.

En effet, cette démarche inductive fait émerger des savoirs nouveaux en donnant accès aux opinions des médecins généralistes.

La phénoménologie, approche la plus répandue, valorise les entretiens individuels ou de groupe.

Ici, les entretiens individuels semi-dirigés ou semi-structurés ont été utilisés afin de permettre au médecin généraliste interviewé de s'exprimer librement dans un environnement naturel ; à savoir son cabinet de médecine générale.

Ma formation à la recherche qualitative s'est effectuée par ma participation au séminaire « thèse » organisé par la faculté, ainsi qu'à la cellule d'aide méthodologique à la recherche qualitative ainsi que les travaux mis à disposition sur le site du Collège Azuréen des Généralistes Enseignants (CAGE).

3. Population étudiée et recrutement de l'échantillon

Les médecins généralistes ont été recrutés dans le Var essentiellement et dans les Alpes-Maritimes selon la liste de l'annuaire des professionnels du site www.ameli.fr sans rechercher la représentativité statistique. J'ai choisi d'appeler différents médecins de différentes villes du Var et des Alpes-Maritimes en essayant de faire varier les lieux d'exercice (urbain, semi-rural et rural).

Les médecins ont tous été contactés par téléphone afin d'expliquer l'objet de l'étude, les modalités et la durée prévisible de l'entretien 20 à 30 minutes en moyenne. A l'issu de ce premier contact téléphonique, nous avons convenu de l'horaire et du lieu de l'entretien selon les desiderata du participant.

L'échantillon est réduit car les résultats sont validés par la cohérence des discours qui seraient influencés par : l'âge, le genre, le milieu et mode d'exercice, l'ancienneté d'installation, la participation à l'enseignement, la formation, l'activité.

L'inclusion s'est arrêtée à l'apparition d'idées déjà exprimées selon le principe de saturation d'idées.

4. Recherche bibliographique et préparation de l'entretien

4.1. Recherche bibliographique

Une revue de la littérature a été réalisée à partir de plusieurs sources : PubMed, Google Scholar, CisMef.

Pour ce faire plusieurs mots-clés ont été utilisés : fatigue, cancer, patient âgé, soins primaires.

4.2. Préparation de l'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré avec l'aide de mon directeur de thèse et testé sur mes Maîtres de stage afin de vérifier la compréhension et la pertinence des questions.

Il a pour but de recentrer l'entretien sur l'objectif de l'étude et de relancer les interviewés.

Il comprenait des questions neutres et ouvertes établies à partir des données de la littérature.

La trame a été enrichie au fur et à mesure des entretiens comme l'autorisent ces études. L'assimiler préalablement a permis une meilleure dynamique de conversation.

Les questions du guide d'entretien ont été établies autour de 7 grands thèmes décrits à la figure 1.

1. Abord du sujet en consultation	5. Représentations de la fatigue
2. Attitudes diagnostiques	6. Place de la famille
3. Moyens d'évaluation	7. Place des aides humaines et techniques
4. Attitudes thérapeutiques	

Figure 1 : Guide d'entretien

Un questionnaire quantitatif a été réalisé pour caractériser l'échantillon avec des données démographiques (âge, genre, lieu et mode d'exercice, formation/diplômes complémentaires).

L'entretien a généralement démarré par ce questionnaire afin d'instaurer un climat de confiance au début de l'entretien.

5. Phase de collecte et transcription du verbatim

Les entretiens se sont déroulés de Juin à Juillet 2016 au cabinet ou au domicile du médecin généraliste selon sa convenance. En général, en tête-à-tête, au calme et à une plage horaire décidée à l'avance.

Pour des raisons de disponibilités, un entretien a été réalisé par téléphone et enregistré via l'application mobile InCall Recorder.

La durée des interviews a été variable d'un entretien à l'autre allant de 20 à 45 min.

Durant, les entretiens j'ai laissé le médecin généraliste s'exprimer librement et essayer de le relancer afin de recentrer le discours par rapport à l'objectif du travail.

J'ai essayé d'adopter une attitude neutre, flexible et sans jugement pour favoriser un discours libre de la part des interviewés.

Afin de ne pas entraver la spontanéité du dialogue, tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone (Dicta'fun d'Essentiel b.) et via un smartphone avec l'application EasyVoiceRecorder. Au préalable, j'ai insisté sur le caractère totalement anonyme des réponses données.

Les enregistrements audio ont été ensuite intégralement retranscrits par écrit sur ordinateur après accord verbal des interviewés.

6. Analyse des entretiens

Chaque entretien a été analysé de façon longitudinale puis de manière transversale. Le codage des idées et l'analyse thématique ont été réalisés à l'aide du logiciel QSR-NVivo11.

RESULTATS

1. Caractéristiques socio-démographiques

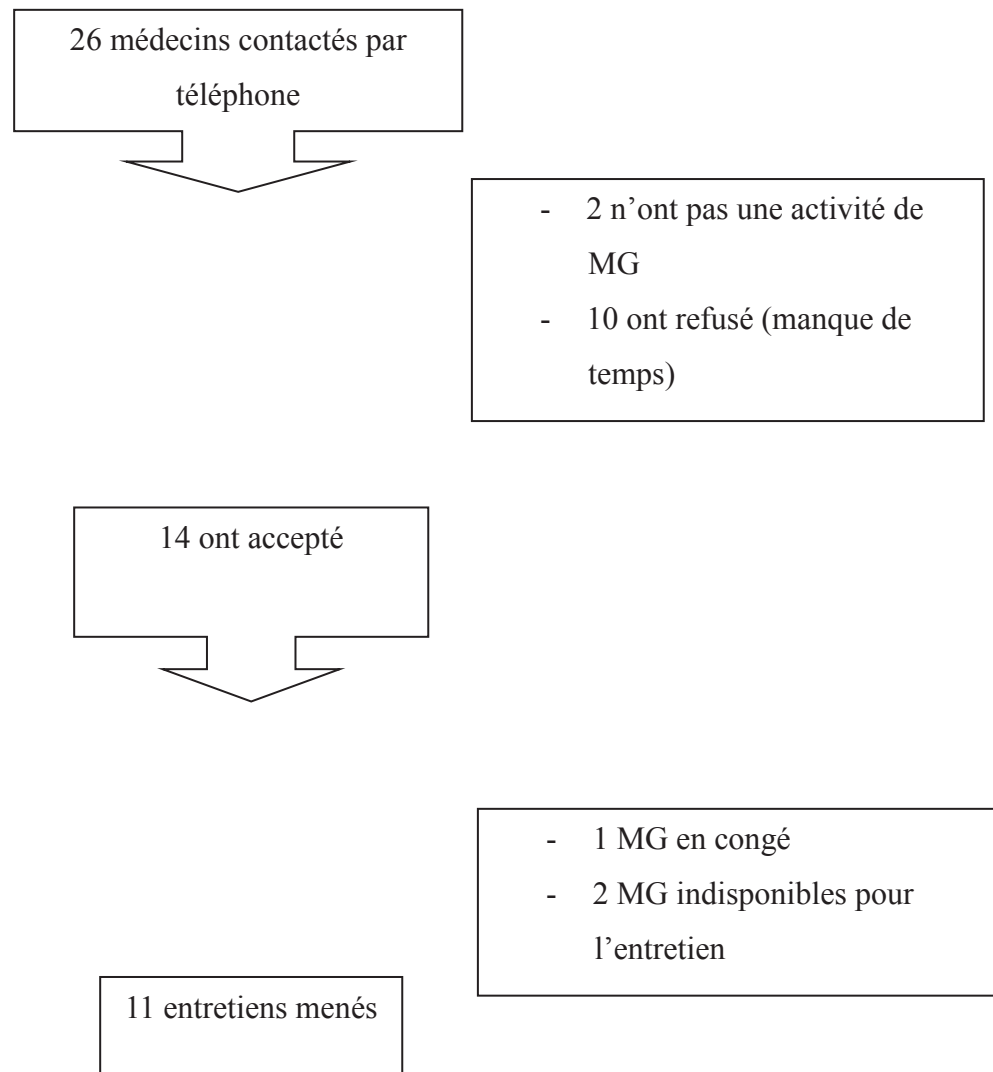


Figure 2. Diagramme de flux

1.1. Genre



5 hommes (45%)



6 femmes (55%)

1.2. Répartition géographique

J'ai recruté dans 2 départements : le Var essentiellement (9MG) et les Alpes-Maritimes (2MG)

1.3. Milieu et mode d'exercice variés

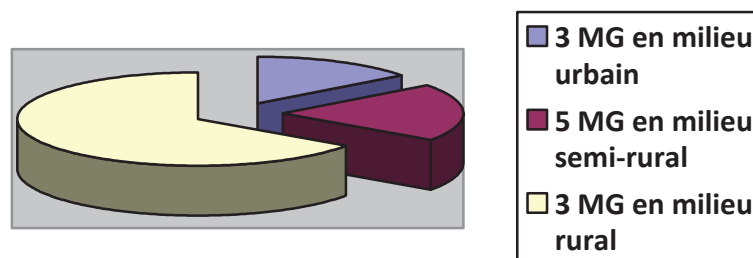


Figure 3. Répartition des milieux d'exercice

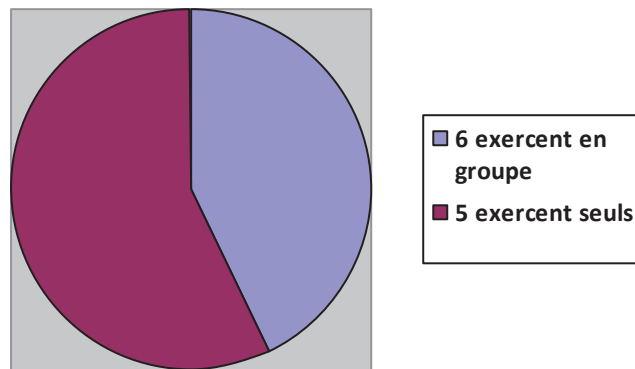


Figure 4. Répartition des modes d'exercice

1.4. Age moyen de 49,5 ans

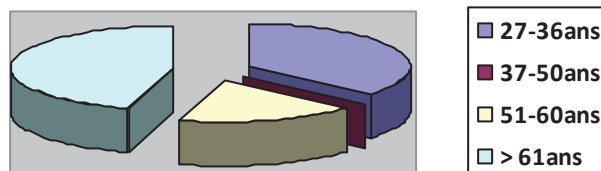


Figure 5. Répartition des tranches d'âge

1.5. Durée moyenne d'installation

Des MG installés depuis 6 mois à 37ans avec plus de la moitié (6) depuis plus de 25ans

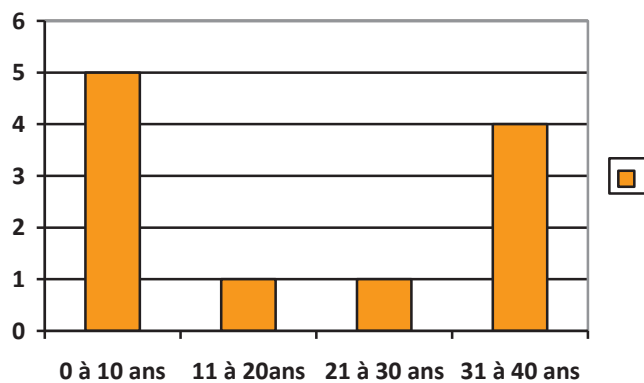


Figure 6. Nombre de MG selon l'ancienneté d'installation

1.6. Formation

1 seul des MG interrogés était maître de stage.

1 seul des MG interrogés avait un diplôme supplémentaire en rapport avec la cancérologie (Diplôme Universitaire de soins palliatifs).

2 des praticiens déclarent avoir privilégié un cursus orienté sur la gériatrie.

1.7. Durée moyenne des entretiens de 25.3 minutes

Avec des entretiens allant de 14minutes à 39 minutes.

2. Analyse des entretiens

Chaque idée a été illustrée par plusieurs citations pertinentes.

2.1. L'abord du sujet en consultation est variable

2.1.1. Souvent il n'est pas abordé par le patient directement

- Parce que d'autres plaintes sont avancées par le patient.

Médecin 1 : « Bah en général, ils viennent pour le suivi. Ils ne viennent pas vraiment pour le cancer en lui-même en général ils viennent plus pour les autres pathologies ou le suivi »

Médecin 2 : « c'est pas vraiment un sujet fréquent de consultation, les motifs essentiellement de consultation qu'on va avoir nous c'est le plus souvent les épisodes infectieux, enfin les fièvres intercurrentes pendant le traitement et puis le renouvellement des traitements. »

Médecin 6 : « Moi j'ai l'impression que leur plus grande demande c'est de savoir où ils vont »

- Ou bien parce que le patient banalise le symptôme

Médecin 8 : « Je viens parce que je suis fatigué c'est rare chez une personne âgée. La personne âgée ayant compris qu'elle ne pouvait plus faire tout ce qu'elle pouvait faire à 20ans. Pas tous, mais une bonne partie l'a compris »

2.1.2. Mais il apparaît souvent au cours de la consultation

Médecin 5 : « presque à chaque fois ça vient dans l'interrogatoire »

Médecin 1 : « moi c'est la plainte qui revient le plus souvent »

2.1.3. Parfois, la fatigue n'est jamais évoquée

Médecin 7 : « je ne trouve pas qu'ils soient fatigués les gens qui ont un cancer âgés. Ils ne se plaignent pas de fatigue. Ils se plaignent de plein de choses mais pas vraiment de fatigue. »

Médecin 2 : « c'est pas vraiment un sujet fréquent de, les motifs essentiellement de consultation qu'on va avoir nous c'est le plus souvent les épisodes infectieux, enfin les fièvres intercurrentes pendant le traitement et puis le renouvellement des traitements. »

Médecin 11 : « Non pas pour moi, la fatigue. Vous savez les traitements c'est fatigant c'est sûr. Mais c'est pas pour ça qu'ils viennent c'est parce qu'ils ont mal, qu'ils sont inquiets »

2.1.4. La place du médecin généraliste dans la prise en charge du cancer explique parfois que le sujet ne soit pas abordé

Médecin 10 : « Chez le patient âgé atteint de cancer : c'est pas tellement vers nous qu'ils viennent quand ils ont des symptômes en rapport avec le cancer ou en rapport avec des effets indésirables de chimio.[...] Finalement nous notre boulot ça va être plutôt de les trouver ces cancers. Dès qu'ils sont dans le système, on y est beaucoup moins »

« je pense que y a quand même cet effet un peu shunt de la médecine générale où quand ils partent dans le système, ils passent plus chez nous quoi. »

Médecin 8 : « on les voit quand ils leur arrivent un effet indésirable ou quand ils ont une maladie intercurrente, souvent ils ont une angine ou une infection intercurrente. Mais, sinon on les voit moins qu'avant. Parce qu'avant il y a avait toujours les effets indésirables des traitements ; les nausées, les machins. On en a quand même un peu moins parce que c'est mieux contrôlé »

2.2. Les attitudes des médecins face à la fatigue chez le patient âgé sont finalement assez communes que celle-ci soit fréquemment rencontrée ou pas

2.2.1. Tout d'abord, il faut dépister la fatigue. Bien souvent, les médecins interrogés ne posent pas directement la question de l'existence d'une fatigue chez le patient mais pour certains c'est systématique.

Médecin 1 : « je vais leur demander si ça va ? Et en général c'est la question magique »

Médecin 5 : « je ne la pose pas comme ça parce que je trouve que c'est tellement vague que ça peut ou alors c'est peut-être une erreur de ma part. Mais je ne vais jamais voir ces patients pour la première ou la douzième fois en leur demandant « est-ce que vous vous sentez fatigués ? » Parce qu'on leur demande comment ils se sentent par rapport à la dernière fois. On fait une corrélation plus ou moins bien et cette asthénie, cette fatigue, apparaît presque systématiquement »

Médecin 9 : « En général, je leur dis peut-être pas forcément est ce que vous êtes fatigués mais je leur dis comment ça va ? Est-ce que vous êtes en forme ? Mais je ne le recherche pas systématiquement. »

Médecin 3 : « On pose toujours la question de s'ils sont fatigués ça quand même ça fait partie dans le suivi on est obligé de leur demander ça on ne peut pas faire autrement »

Médecin 4 : « Tu dois rechercher l'asthénie »

2.2.2. Ensuite, ils essaient de trouver l'étiologie

2.2.2.1. En 1er lieu, la majorité des médecins incrimine le cancer ou les effets indésirables des traitements du cancer

Médecin 10 : « Moi je pense à effet indésirable de la chimio en 1er quand même »

Médecin 3 : « on peut juger de la part des traitements comment les traitements peuvent intervenir quand c'est des chimiothérapies comment ils peuvent intervenir dans la fatigue du patient »

2.2.2.2. Mais ils cherchent toujours d'autres causes organiques : des pathologies d'organes, une dénutrition, un amaigrissement

Médecin 1 : « on cherche, on fait bilan, on cherche s'il n'y a pas des problèmes de thyroïde associés, carences en fer, carences en vit quelconques, diabète »

Médecin 2 : « Il faut vérifier qu'il n'y ait pas un problème de dénutrition, de perte de poids, des nausées, que le sommeil soit de bonne qualité »

Médecin 7 : « L'hydratation. La nourriture, l'anorexie. La recherche d'une déshydratation, d'un trouble de l'alimentation. Et après les problèmes cardio-vasculaires en particulier, les hypotensions, les hypotensions orthostatiques qui sont, je pense, les plus fréquentes causes qu'on retrouve facilement d'ailleurs. »

Médecin 10 : « Je vais chercher les carences : je vais chercher le fer, la B9, la B12. Euh l'albumine. J'aime bien faire une électrophorèse des protéines quand même sur des asthénies comme ça. Après des bilans hépatiques classiques, l'urée, la créat, le iono normal, la NFS. »

2.2.2.3. Souvent, ils évoquent une cause psychique avec des troubles du sommeil ou un syndrome dépressif sous-jacent

Médecin 1 : « c'est vrai la plupart des patients fatigués et notamment les personnes âgées cancéreuses aussi c'est quand même beaucoup le moral »

Médecin 10 : « Puis le moral, parfois la fatigue, le symptôme fatigue ça peut être une baisse de moral »

2.2.3. Mais la plupart des MG participants soulève le fait que cette fatigue est souvent multifactorielle ce qui crée une difficulté dans sa prise en charge

Médecin 3 : « c'est difficile de discerner si c'est une fatigue du au cancer, une fatigue physique ou s'il y a un problème éventuellement de syndrome dépressif sous-jacent »

Médecin 5 : « on va essayer de la décortiquer car fatigue ça veut tout et rien dire »

Médecin 6 : « y a l'âge avec le vieillissement. C'est générateur de fatigue, de sarcopénie, de choses comme ça. Y a le cancer en lui-même, alors après la maladie, y a le traitement du cancer. »

Médecin 9 : « c'est pluri-factoriel ; Ils ont souvent des pathologies quand même lourdes, ou des insuffisances d'organes. »

2.2.4. Ensuite vient la phase d'évaluation de la fatigue : tous avouent soit ne pas connaître d'outils d'évaluation ou bien ne pas en utiliser

Médecin 1 : « Non je n'ai pas vraiment d'outils pour euh évaluer la fatigue non. C'est eux qui me disent vraiment leur ressenti, on discute »

Médecin 5 : « Par-contre, je ne connais pas d'échelle de la fatigue spécifiquement. »

Médecin 10 : « Alors, je l'évalue pas. C'est vrai que je chiffre jamais, la fatigue je la chiffre pas. »

2.2.4.1. L'évaluation pour beaucoup passe par la caractérisation de cette fatigue

Médecin 10 : « J'essaie de l'évaluer sur comment elle survient, est-ce que c'est H24 7j/7, si c'est le matin, plutôt le soir. Si c'est lié au sommeil ou pas lié au sommeil, si y a beaucoup d'heures de sommeil ou pas. »

Médecin 5 : « Une fois qu'on s'est dit qu'on était fatigué ; est-ce qu'ils dorment bien, est-ce qu'ils mangent suffisamment, comment ils mangent ? Euh est-ce qu'ils ont des troubles du transit ? Est-ce qu'ils ont des douleurs qui font qu'ils n'arrivent pas à récupérer ? Est ce qu'ils arrivent à bouger comme ils veulent ? »

Médecin 8 : « Alors, non pas vraiment. Mais moi je demande toujours s'ils dorment bien, comment ils mènent leur vie ; s'ils arrivent à avoir une vie, ce qu'ils font en fait. »

2.2.4.2. La connaissance que le médecin a du mode de vie du patient, de sa personnalité facilite également l'évaluation

Médecin 3 : « quand on connaît les personnalités des gens, on sait un petit peu à l'avance ceux qui vont être fatigués et ceux qui ne vont pas être fatigués »

Médecin 9 en parlant des patients vus au domicile : « on les situe beaucoup plus dans leur environnement, dans leurs activités, dans leur manière de faire. On les connaît plus, je pense. Les patients à domicile c'est aussi des gens avec qui on passe plus de temps donc, enfin voilà, les consultations à domicile c'est pas 15min comme au cabinet. Donc on les connaît plus »

2.2.4.3. La réalisation d'activités ou de tâches quotidiennes et l'évolution dans le temps restent les meilleurs paramètres d'évaluation de cette fatigue

Médecin 4 : « s'ils arrivent encore à prendre leur voiture S'ils commencent à te demander si tu peux faire des visites. »

Médecin 6 : « Vraiment il faut aller au-devant en se demandant à quelle heure elle se lève, est-ce qu'elle s'habille, est-ce qu'elle se fait à manger ? Est-ce qu'elle sort faire ses courses ? Est ce qu'elle a les mêmes activités qu'avant ? »

Médecin 9 : « pour le coup ils viennent pour ouvrir le portail et la fois d'après, ils disent « le portail est ouvert, je suis dans la chambre »

2.2.4.4. Le regard d'une tierce personne (famille, IDE, auxiliaire de vie) aide aussi parfois

Médecin 3 : « c'est important dans la prise en charge de la fatigue chez le patient âgé cancéreux qu'on est accés à la famille. Parce que bon eux ils vivent avec eux toute la journée. Desfois, on va découvrir une fatigue qui était plus ou moins cachée par le patient. Et puis voir directement ce qu'il mange et ce qu'il ne mange plus »

Médecin 6 en parlant des auxiliaires de vie : « elle est capable d'observer des choses que toi tu ne vois pas et te les rapporter. »

Médecin 7 : « Une IDE qui vient le matin tous les jours, tous les 2 jours, tous les 3 jours ça permet d'avoir quelqu'un qui peut relier. »

2.2.4.5. Certains estiment qu'elle est souvent sous-évaluée

Médecin 3 : « je pense qu'on sous-estime toujours la fatigue »

2.2.5. L'attitude thérapeutique est également assez commune chez les médecins interrogés

2.2.5.1. Elle passe avant tout par l'accompagnement souvent psychologique du patient, une écoute et beaucoup d'empathie

Médecin 1 : « déjà le fait de les écouter en général ils repartent ils sont moins fatigués. Le fait d'être gentil avec eux, de les écouter, de comprendre, de rassurer ça aide beaucoup »

Médecin 10 : « je vais avoir tendance à faire pas mal de soutien psychologique, à les revoir sous 1 semaine, 2 semaines pour essayer de faire un peu carrément, comment dire, de la stimulation, de la stimulation positive, pour remonter un peu les choses. Chercher des choses qui pourraient leur faire plaisir »

Médecin 11 : « Parfois le simple fait d'avoir été rassuré, d'avoir été examiné parce que des fois ça va un peu vite « on ne m'a pas écouté, on ne m'a pas examiné ». Vous savez, les gens en médecine générale, les gens ont besoin de parler pendant 10min pour dire quelque chose qu'on a compris en

2min et demi. Si on leur laisse 5 minutes c'est trop court mais si on leur laisse 10minutes ça va c'est confortable »

2.2.5.2. Le point d'orgue de la prise en charge thérapeutique : les traitements non médicamenteux

- Avec principalement la pratique d'une activité physique et/ou la prescription de kinésithérapie qui améliorent la qualité de vie, diminuent les douleurs

Médecin 4 : « l'activité physique ça va faire qu'il va sécréter des endorphines que du coup il va se sentir mieux et il aura moins mal tu vois. Il va reprendre la masse musculaire donc il va reprendre de l'autonomie. Bien sûr c'est la base »

Médecin 6 : « j'étais très favorable et même, oui, euh, la kiné j'en prescris même. Parce que je trouve important que les gens puissent retrouver à travers une compétence physique un degré d'autonomie quoi »

« Je pense que c'est important chez les vivants aussi, de pas rester confiné dans la maison. Et puis, la fatigue qui empêche de bouger. Je pense que bouger c'est important, la condition physique quoi. »

Médecin 8 : « Aller marcher, faire des activités de rando, de vivre en fait. Pour moi, je les incite beaucoup à le faire. Même si on a marché dehors bah si on a pris le soleil. Je veux dire les sanas ils avaient pas le traitement, ils allaient dehors, ils allaient, ils rentraient, ils étaient tranquilles et bien vous faites pareil. Donc traitement très, proposé large, efficace »

Médecin 10 : « Le kiné parfois, ça les fait sortir. Ça leur permet de ré-enclencher une certaine dynamique. Parfois alors je vais prescrire du kiné pour lutter contre l'asthénie »

- Mais également la lutte contre les troubles de la nutrition

Médecin 4 : « il faut voir où il en est sur le plan nutritionnel et équilibrer ça, s'il y a des désordres, équilibrer ça euh ça peut être au niveau nutrition, ça peut être les rations protéinées, les trucs comme ça. »

Médecin 5 : « On parlait aussi de la nutrition. La nutrition chez les patients cancéreux c'est primordial. Surtout qu'ils passent beaucoup de temps à l'hôpital et que la nourriture à l'hôpital... [...] il y a des compléments alimentaires hyperprotéinés, hypercaloriques euh. »

- Ou bien lutter contre l'iatrogénie

Médecin 7 : « Après souvent, il y a des traitements qu'il faut savoir arrêter tout simplement. Parce qu'ils ont souvent des traitements qui sont parfois importants. Et on s'aperçoit en fait, surtout en ce moment, qu'il y a des beaucoup de gens qui font des hypotensions et qui ont des diurétiques quand même donc avant de commencer à traiter il faut dé-traiter en premier »

- Cela passe parfois par la prescription d'aides humaines ou techniques

Médecin 1 : « on a parfois besoin de faire passer des IDE notamment donc ça ça les aide bien. Pour ceux qui sont très fatigués faire la toilette pour les aider un peu faire les demandes euh on gère les demandes aussi de 100%, les demandes d'aides ménagères, d'APA enfin voilà un petit peu toutes les aides qui peut y avoir autour de la personne et qui pourrait l'aider à ce niveau-là »

Médecin 5 : « je parlais du confort avec tout ce qui est, euh, je ne sais pas, ils peuvent avoir besoin d'un matelas à air, d'un matelas anti-escarres, d'outils pour mieux se déplacer. Ça, ça peut passer par un ergothérapeute aussi. Euh, pour être un peu autonome quand ils se changent ou quand ils prennent leur douche »

Médecin 9 : « on a les assistantes sociales qui font tout un bilan de toutes les aides qu'on peut leur mettre en place, humaines, financières et techniques et c'est vrai que du coup, j'ai le réflexe assez facilement d'y penser et me dire que ça peut améliorer les choses et du coup soulager un peu. Moi, je suis vraiment partisan de ça »

2.2.5.3. Les traitements médicamenteux sont limités. Ils sont d'abord fonction de la cause.

- Cela passe par le traitement d'une anémie :

Médecin 3 : « s'il y a des anémies je donne un petit peu de fer. Il y a l'effet magique du fer »

Médecin 5 : « Pas forcément avec des transfusions ici, vous vous en doutez bien que c'est pas au cabinet qu'on va faire ce genre de choses mais on peut éventuellement prévoir une hospitalisation courte. On peut envisager ça, on peut compléter en fer »

- Mais également par le traitement d'une dépression sous-jacente

Médecin 1 : « Après souvent malheureusement la fatigue est due à l'état moral et à ce moment-là on commence le suivi l'écoute, on essaie d'accompagner psychologiquement de donner les traitements si y a besoin anti dépresseurs et anti anxiolytiques. »

- Ou bien par la stimulation de l'appétit :

Médecin 3 : « je trouvais que ça marchait bien, peut-être l'effet placebo j'y croyais beaucoup c'était l'extrait de quinquina dans 1L de vin rouge on buvait un petit verre avant le repas. Chez les personnes âgées, ça marchait bien pour stimuler l'appétit. Mais on ne trouve plus d'extrait de quinquina avant ça se vendait en pharmacie et aujourd'hui on a le Cetornan »

- Ou bien par la lutte contre la douleur

Médecin 5 : « des fois, il faut majorer le traitement anti douleur »

- Enfin même si tous n'y croient pas, donner des fortifiants, des vitamines permet de rassurer souvent le patient ou peut avoir un effet bénéfique même placebo

Médecin 3 : « ça peut être simplement des trucs tous bêtes de la vitamine C [...] Je leur dis c'est bien mais faut pas trop espérer là-dessus mais après c'est un moyen lorsqu'ils sont déjà fatigués parce qu'ils prennent beaucoup de médicaments ça peut les aider à se réveiller le matin, leur donner un petit peu un semblant de tonus après si vraiment on insiste ça peut marcher »

Médecin 5 : « je suis pas très partisane de tout ce qui est complément vitaminique qu'on vend en pharmacie, mais il y a certains patients qui ont de réelles carences et c'est vrai que combler par exemple une carence en vitamine B12 peut tout changer au niveau de la fatigue »

Médecin 10 : « Je donne toujours une ampoule de vitamine D quand elle a pas été donnée depuis plus de 3 mois quand y a une asthénie. Parfois un peu de vitamine C mais sans grande conviction parce que ça reste, ça reste de la vitamine C [...] Mais je fais. Ou sinon les petits cocktails comme Supradyne où il y a un peu de vitamine C, un peu de vitamine D. ça peut calmer un peu les choses, ça peut être pas mal »

- Une grande préoccupation reste cependant de ne pas rajouter de traitement qui pourrait induire une toxicité supplémentaire

Médecin 3 en parlant de la supplémentation en fer : « Mais en petite quantité pour qu'ils le supportent sans avoir de problème de douleur intestinale. »

Médecin 5 : « majorer le traitement anti douleur ça on le fait sur la pointe des pieds parce que ça peut aussi être générateur de fatigue. Mais c'est un savant équilibre. »

Médecin 6 : « la dépression de la personne âgée est extrêmement fréquente, moi j'utilise volontiers des échelles, c'est un réflexe je dois dire que je suis un peu gêné pour mettre en route des anti dépresseurs à partir de 80ans »

Médecin 9 : « Et c'est vrai qu'ils prennent déjà, ils ont une liste de médicaments longue comme le bras et j'ai pas envie de leur rajouter d'autres trucs de vitamine le matin, le soir »

2.2.5.4. Pour un des médecins interrogés c'est l'oncologue qui gère tout ça

Médecin 2 : « Pour les soins de support pas trop je trouve qu'ils sont bien pris en charge. Autant je ne ferais pas l'éloge de tous les services de l'hôpital mais le service d'oncologie est très bien. Personnellement, je trouve qu'ils ont une prise en charge qui est bien. »

2.2.5.5. Il faut également prendre en compte la famille, la soutenir car son bien-être influe sur le bien-être du patient et notamment la fatigue.

Médecin 1 : « aider les proches qui sont inquiets qui demandent de l'aide qu'on voit en consultation c'est important aussi à prendre en considération parce qu'autant le patient a besoin d'eux mais eux pour être là il faut qu'on s'occupe d'eux aussi. »

Médecin 3 : « il faut quand même faire attention à ceux qui sont très fatigués, la famille fatigue plus vite aussi. Il faut faire attention à ce que les accompagnants ne soient pas aussi très fatigués parce que ça ça arrive. »

Médecin 5 : « Et souvent, très souvent, chez les patients âgés cancéreux, il y a des entourants ou qui s'épuisent, parce qu'ils sont là depuis longtemps, parce qu'ils donnent énormément et ça aussi il faut savoir le déceler parce que ça va être central pour le bien-être du patient. »

2.2.5.6. Le travail en équipe est primordial pour la plupart des médecins interrogés

Médecin 10 : « En gériatrie, cancer. Si on fait pas de pluridisciplinaire, on en fait jamais quoi »

2.3. La représentation de la fatigue chez le patient âgé cancéreux par le médecin conditionne beaucoup la prise en charge

2.3.1. Pour certains médecins, elle fait partie d'une normalité chez le patient âgé et d'autant plus quand il est atteint d'un cancer

Médecin 1 en plaisantant à moitié : « c'est normal vous avez un cancer »

Médecin 8 : « on sait très bien que s'il a une chimio c'est normal qu'il soit fatigué et quoiqu'on fasse c'est quand il arrêtera sa chimio qu'il ira mieux ou pas du tout mais voilà »

Médecin 7 : « vu qu'ils n'ont pas de grandes activités, ils ne se plaignent pas tellement d'être fatigués. Ils ont leur petit train-train, ils ont une vie relativement lente entre guillemets »

2.3.2. La fatigue est aussi différente selon les stades de la maladie, elle est parfois un mécanisme de défense

Médecin 5 : « c'est vrai que recevoir ce genre de diagnostic, ça peut être générateur, c'est une des phases de dépression d'ailleurs, et donc de fatigue qu'elle soit physique ou psychique, il faut savoir le respecter. »

Médecin 3 : « quand ils sont encore dans le stade de rejet de la maladie, ils sont un peu revendicatifs et à ce moment-là ils disent je suis crevé ils m'ont donné ce médicament-là dans la chimio je vomis je suis malade comme un chien, j'en peux plus et quand la maladie est mieux acceptée c'est vrai que souvent leurs revendications s'améliorent et ces symptômes de fatigue extrême peuvent être un petit peu gommés. »

2.3.3. Parfois il existe même des facteurs de résilience chez le patient

Médecin 3 : « on voit souvent surtout dans les fins de vie par exemple le moment de Noël, ils sont fatigués mais ils s'accrochent, ils s'accrochent puis la famille arrive, Noël passe et puis pouf. Ils se laissent aller. Donc je pense que la fatigue ils la combattent même ils ont la ressource en eux pour la combattre s'ils veulent au niveau de la fatigue psychique je dirais. »

Médecin 8 en parlant d'un patient en rémission : « en fait ils sont contents d'aller mieux, du coup ils acceptent cet état et du coup ils ne s'en plaignent pas. »

« ce qui fatigue c'est de pas vivre dans son rythme. ET que la personne âgée elle arrive à vivre dans son rythme parce qu'elle est à la retraite. Elle se lève quand elle veut elle se couche quand elle veut donc finalement elle a moins ce ressenti de l'individu qui doit aller travailler, qui doit faire ces trucs, s'occuper des gamins et qui en fait n'a pas un rythme qui lui serait nécessaire pour se ressourcer »

2.3.4. Parfois encore c'est le patient qui semble se limiter lui-même

Médecin 5 : « tant qu'ils auront devant les yeux et qu'ils seront persuadés que la fatigue est présente et les accable dès qu'ils vont essayer de se lever euh on n'aura pas dépassé, euh y a tout un monde qui se refuse en fait »

2.3.5. En tout cas pour beaucoup, l'impact sur la qualité de vie des patients est énorme

Médecin 8 : « En gros si on se plaint d'être fatigué c'est que ça a un impact sur la qualité de vie. Ça veut dire qu'on peut pas faire ce qu'on aimerait et du coup on se trouve limité, plein de frustrations donc la qualité de vie est pas bonne »

Médecin 9 : « c'est sur les gens actifs j'imagine que l'impact doit être le plus. Souvent d'ailleurs c'est quelque chose dont ils se plaignent quoi enfin sur le fait que je peux plus faire mon jardin, je peux plus faire. »

Médecin 6 : « C'est vraiment important. Le fait qu'à travers leur fatigue, ils ne sortent plus et du coup il y a un appauvrissement de la vie sociale, je pense c'est vraiment important ça. »

2.4. Besoins et propositions

2.4.1. Surtout des besoins organisationnels

Beaucoup de médecins déplorent le manque de moyens humains et financiers pour permettre au patient âgé de rester à domicile.

Médecin 4 : « c'est pour ça que les kinés il faut continuer à en donner, 2 à 3 fois par semaine. Si jamais ils restent plus chez eux, après ça coûte aux institutions, ils vont se grabatérer et puis après

ils vont aller de temps en temps à l'hôpital parce qu'ils font des complications. Donc après pour la société, c'est pas un gain de pas envoyer des kinés à domicile. »

Médecin 8 : « les auxiliaires de vie, s'ils n'ont pas de revenus, ils ne peuvent pas trop payer [...] sans aidant disponible et avec le coût exorbitant et ce n'est pas à la portée de quelqu'un qui a une petite retraite donc là forcément ça passe plutôt par une hospitalisation. Ce qui est un peu stupide parce que ça coûte cher à la société. »

2.4.2. Deux des médecins interrogés constatent l'absence de formation dans le cursus initial ou bien lors de formations professionnelles continues

Le médecin 5 raconte qu'il se souvient de l'item « fatigue » de l'ECN (Examen Classant National) : une liste d'étiologies absolument imbuvable sur laquelle l'impasse était souvent faite car peu probable qu'elle fasse partie des questions à l'examen.

Le médecin 6 déclare ne pas se souvenir avoir parlé de fatigue pendant la formation au DU de soins palliatifs.

2.4.3. Un des médecins propose une piste pour l'éducation thérapeutique chez les patients âgés cancéreux en ce qui concerne l'activité physique

Médecin 5 : « je suis sûre qu'il y a des plans plus spécifiques qui pourraient être mis en action dans l'éducation thérapeutique justement ce serait tout à fait envisageable. Avec justement l'aide de la kiné, et pourquoi pas de l'ergo »

DISCUSSION

1. Principaux résultats issus de mon travail et leur implication en pratique courante

La fatigue chez le patient âgé atteint de cancer est un symptôme qui a un impact très négatif en terme de morbi-mortalité. A la lecture des résultats de mon travail de thèse, **il apparaît que ce symptôme n'est pas assez souvent évoqué**, à la fois par les patients mais aussi par les MG interrogés. Il semble exister une banalisation de ce symptôme par chacune des deux parties. Or, les médecins généralistes doivent systématiquement rechercher cette fatigue du fait de son impact important sur la qualité de vie de leurs patients âgés atteints de cancer.

Une des explications de la banalisation de la fatigue par le MG dans le cadre de cette étude pourrait être qu'ils n'ont finalement que peu de cancers parmi leur patientèle âgée. Pour beaucoup des MG interrogés, il s'agit d'une pathologie qui touche des patients plus jeunes, entre 50 et 65ans. Certains expliquent qu'ils ne participent finalement que de loin au suivi de ces patients âgés cancéreux ; le suivi étant plutôt l'apanage du cancérologue.

Le second résultat issu de mon travail de thèse concerne **l'attitude diagnostique des MG participants** lorsqu'ils sont confrontés à la fatigue chez leurs patients âgés cancéreux. Cette attitude est finalement assez consensuelle et proche de celle préconisée par les recommandations et les données de la littérature sur le sujet. En effet, ils s'attachent avant tout à essayer de caractériser cette fatigue en précisant sa durée, son évolution dans le temps et son impact fonctionnel. Tout cela afin de mieux l'évaluer.

Toutefois, les MG interrogés n'utilisent pas d'échelles ou outils spécifiques pour le dépistage ou l'évaluation de la fatigue.

Pour eux, le meilleur paramètre de l'évaluation de la fatigue est la capacité à accomplir une activité quotidienne dans un environnement donné ce qui correspond en tout point à la définition de l'autonomie.

L'utilisation d'échelles et outils spécifiques n'est sans doute pas applicable à la pratique courante en médecine générale. Ces échelles sont souvent chronophages et sont probablement peu adaptées à la population gériatrique notamment lorsqu'il existe des troubles cognitifs ce qui pourrait expliquer leur absence d'utilisation par les MG participants.

En ce qui concerne **le bilan étiologique de la fatigue**, les MG interrogés réalisent tous un bilan biologique exhaustif afin de ne pas méconnaître une cause organique et recherchent toujours une cause psychiatrique sous-jacente comme préconisé dans les recommandations.

D'ailleurs, certains facteurs étiologiques recherchés par les MG ayant participé à cette étude sont potentiellement réversibles et donc accessibles à une intervention qu'elle soit humaine (médicale ou paramédicale) ou technique. Ce concept de réversibilité de certains facteurs intervenant dans la genèse de la fatigue peut être mise en parallèle avec le concept de fragilité chez la personne âgée. Bien qu'il n'existe à ce jour aucune définition consensuelle de la fragilité, les experts considèrent que ce syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress est un marqueur de risque de mortalité et de survenue d'événements péjoratifs tels que chutes, incapacités, hospitalisations ou encore institutionnalisation mais il s'agit également d'un processus potentiellement réversible. Un des modèles utilisés pour la mesure de la fragilité repose sur la mesure de certains critères dits de Fried dont fait partie la fatigue. La prise en charge de la fatigue doit donc cibler ces facteurs potentiellement réversibles dans le but de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Le troisième résultat issu de mon travail de thèse concerne **l'attitude thérapeutique des MG** interrogés face à la fatigue du patient âgé atteint de cancer. Leur prise en charge passe principalement par la mise en œuvre de moyens non médicamenteux avec l'activité physique comme point d'orgue de cette prise en charge. Il est à noter que les données de la littérature concernent majoritairement l'étude de l'impact de l'activité physique chez le patient adulte atteint de cancer et pas spécifiquement du patient âgé. Des études complémentaires doivent donc être menées dans cette population particulière.

L'attitude thérapeutique des MG participants passe également par la mise en place d'aides humaines et/ou techniques ou bien par la révision de l'ordonnance. Toutes ces mesures rejoignent les recommandations de la littérature sur le sujet.

Pour beaucoup d'entre eux, la prise en charge de la fatigue passe aussi par le soutien et l'accompagnement de la famille lorsqu'elle est présente.

Dans ce travail de thèse, j'ai également cherché à identifier les représentations que les MG avaient de la fatigue car **leur représentation de la fatigue conditionne directement la prise en charge** qu'ils en ont. J'ai pu mettre en lumière le paradoxe existant entre une certaine banalisation du

symptôme par les MG interrogés parce que la fatigue pourrait appartenir à une certaine normalité chez le patient âgé et d'autant plus lorsqu'il est atteint d'un cancer et la vision de l'impact négatif majeur que la fatigue peut avoir sur la qualité de vie. En effet, leur attitude diagnostique et thérapeutique finalement proche de celle préconisée par les recommandations découle de cette vision de l'impact important que peut avoir la fatigue sur la qualité de vie de leurs patients.

Une meilleure connaissance et reconnaissance du symptôme leur permettrait donc d'améliorer significativement la qualité de vie d'un plus grand nombre de leurs patients.

L'accent doit donc être mis sur une meilleure diffusion de recommandations sur le sujet mais également de formations à la fois auprès des étudiants mais également des MG installés.

Enfin, un des points spontanément soulevés par les MG ayant participé à mon travail de thèse est le **manque cruel de moyens à la fois humains et financiers** pour leur permettre de prendre en charge au mieux les patients âgés en ambulatoire et donc de contribuer à la préservation et à l'amélioration de leur qualité de vie.

Une des pistes à explorer pour répondre à ce manque de moyens serait peut-être de s'appuyer sur les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour améliorer le suivi des patients à domicile. L'application de ces TIC dans le domaine de la santé semble en effet prometteur.

2. Limites et biais de mon travail de thèse

Bien entendu, on ne peut définir une attitude générale des médecins dans le domaine à partir des propos de 11 d'entre eux même si dans une étude qualitative, la représentativité est dépendante des idées recueillies lors des entretiens et non de l'échantillon.

La méthode qualitative a semblé la plus appropriée car elle permet de limiter le biais de suggestion des questionnaires. Ce type d'étude permet aussi d'explorer les comportements, les émotions et expériences personnelles. Elle est donc particulièrement appropriée à la recherche en médecine générale.

Ma qualité d'étudiante a pu influencer les réponses mais aussi faciliter la confiance créant ainsi un biais d'intervention. Pour pallier à cela, je me suis attachée pour chaque entretien à rester la plus neutre possible. J'ai utilisé différentes techniques telles que la pause active de 5 secondes après commentaire, faire reformuler, approfondir ou préciser afin de comprendre et de faire développer au mieux les idées des médecins.

Ma mince expérience en tant qu'investigateur est sans nul doute source de biais d'interprétation

puisque j'ai à la fois effectué analyse et interprétation ; même si j'ai essayé de rester la plus impartiale possible.

A cause de difficultés organisationnelles, je n'ai pu avoir recours à la triangulation des sources. Selon ce principe, pour améliorer la validité interne d'une étude qualitative, il faut comparer les résultats obtenus à partir d'au moins 2 techniques de recueil de données (observations et entretiens) ou au moins 2 sources de données (médecins et patients). Je n'ai pas effectué de rétro-vérification par les médecins interrogés bien que tous aient émis le souhait de recevoir la synthèse du travail.

Le guide d'entretien réalisé à partir des données de la littérature existantes sur le sujet a pu être orienté par les résultats attendus.

Par ailleurs, mon travail de bibliographie s'est attaché à n'utiliser que des revues de la littérature ou des méta-analyses ainsi que des études issues de ces mêmes revues concernant la fatigue chez le patient âgé atteint de cancer.

3. Comparaison avec les résultats issus des travaux existants dans la littérature

Les résultats issus de mon travail rejoignent en grande partie ceux de différents travaux déjà réalisés dans ce domaine. En effet, la revue de la littérature de A. Giacalone et al.(5) soulignait déjà le manque de connaissance sur la fatigue dans le cancer chez la personne âgée à la fois par les patients mais aussi par les professionnels de santé. La méconnaissance de sa physiopathologie et la complexité que représente la prise en charge de la personne âgée étaient déjà un début d'explication à cette méconnaissance. Les auteurs concluaient sur l'importance de mener des études spécifiques à la population âgée. La revue de la littérature de Markus Horneber et Al.(6), quant à elle, montrait déjà l'importance de former les médecins à reconnaître la fatigue mais également à la traiter du fait de son impact majeur sur la qualité de vie des patients.

Le recueil des points de vue des patients permettrait d'apporter des informations complémentaires à ce travail avec des perspectives sans doute communes mais aussi différentes.

4. Perspectives envisageables à l'issue des résultats de ce travail

La mise en place de programmes d'éducation thérapeutique ambulatoires dans le domaine de l'activité physique et/ou la nutrition dans la lutte contre la fatigue chez le patient âgé atteint de cancer pourrait contribuer à améliorer la qualité de vie de ces patients.

Des programmes de reconditionnement au sein d'unités d'onco-gériatrie existent déjà dans quelques

centres de référence en France. A l'heure, où les politiques de santé actuelle promotionnent le suivi ambulatoire des patients atteints de cancer et à l'heure où la médecine générale libérale tend à s'organiser en pôle de santé, l'intervention coordonnée du MG avec d'autres professionnels comme les coachs sportifs, les diététiciens, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes... est une piste à explorer pour la mise en œuvre de tels programmes.

Mais ils sous-tendent des formations spécifiques, la mise en œuvre de moyens financiers et organisationnels et également une éventuelle rémunération spécifique pour les intervenants.

Etudier la faisabilité de telles actions ciblées auprès des professionnels de santé et des patients seront nécessaires.

En amont, des études complémentaires sur la fatigue spécifiquement chez le patient âgé atteint de cancer à la fois sur les mécanismes physiopathologiques, les moyens thérapeutiques et leur impact sur la qualité de vie doivent être menées.

L'impact en terme de santé publique serait sans nul doute non négligeable car en améliorant la santé et la qualité des vies des patients âgés, les risques d'hospitalisation, d'institutionnalisation diminuent.

ANNEXES

Annexe 1 : FACIT-F

Below is a list of statements that other people with your illness have said are important. **Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.**

		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
<u>PHYSICAL WELL-BEING</u>						
G P1	I have a lack of energy	0	1	2	3	4
G P2	I have nausea.....	0	1	2	3	4
G P3	Because of my physical condition, I have trouble meeting the needs of my family	0	1	2	3	4
G P4	I have pain	0	1	2	3	4
G P5	I am bothered by side effects of treatment	0	1	2	3	4
G P6	I feel ill.....	0	1	2	3	4
G	I am forced to spend time in bed.....	0	1	2	3	4
<u>SOCIAL/FAMILY WELL-BEING</u>						
G S1	I feel close to my friends	0	1	2	3	4

G S2	I get emotional support from my family	0	1	2	3	4
G S3	I get support from my friends	0	1	2	3	4
G S4	My family has accepted my illness	0	1	2	3	4
G S5	I am satisfied with family communication about my illness.....	0	1	2	3	4
G S6	I feel close to my partner (or the person who is my main support).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Regardless of your current level of sexual activity, please answer the following question. If you prefer not to answer it, please mark this box <input type="checkbox"/> and go to the next section.</i>					
G	I am satisfied with my sex life	0	1	2	3	4

Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.

<u>EMOTIONAL WELL-BEING</u>		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
G E1	I feel sad.....	0	1	2	3	4
G E2	I am satisfied with how I am coping with my illness.....	0	1	2	3	4
G E3	I am losing hope in the fight against my illness.....	0	1	2	3	4
G E4	I feel nervous	0	1	2	3	4

G E5	I worry about dying	0	1	2	3	4
G	I worry that my condition will get worse	0	1	2	3	4

FUNCTIONAL WELL-BEING

		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
G F1	I am able to work (include work at home)	0	1	2	3	4
G F2	My work (include work at home) is fulfilling.....	0	1	2	3	4
G F3	I am able to enjoy life	0	1	2	3	4
G F4	I have accepted my illness	0	1	2	3	4
G F5	I am sleeping well	0	1	2	3	4
G F6	I am enjoying the things I usually do for fun	0	1	2	3	4
G	I am content with the quality of my life right now	0	1	2	3	4

Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.

<u>ADDITIONAL CONCERNS</u>		Not at all	A little bit	Some- what	Quite a bit	Very much
HI7	I feel fatigued.....	0	1	2	3	4
HI12	I feel weak all over	0	1	2	3	4
An1	I feel listless (“washed out”).....	0	1	2	3	4
An2	I feel tired	0	1	2	3	4
An3	I have trouble <u>starting</u> things because I am tired.....	0	1	2	3	4
An4	I have trouble <u>finishing</u> things because I am tired.....	0	1	2	3	4
An5	I have energy	0	1	2	3	4
An7	I am able to do my usual activities	0	1	2	3	4
An8	I need to sleep during the day	0	1	2	3	4
An12	I am too tired to eat.....	0	1	2	3	4
An14	I need help doing my usual activities	0	1	2	3	4
An15	I am frustrated by being too tired to do the things I want to do	0	1	2	3	4
An16	I have to limit my social activity because I am tired.....	0	1	2	3	4



Annexe 2 : le questionnaire QLQC-15 de l'EORTC

EORTC QLQ-C15-PAL (version 1)

We are interested in some things about you and your health. Please answer all of the questions yourself by circling the number that best applies to you. There are no "right" or "wrong" answers. The information that you provide will remain strictly confidential.

Please fill in your initials: bbbb
 Your birthdate (Day, Month, Year): cececdde
 Today's date (Day, Month, Year): cececdde

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
1. Do you have any trouble taking a <u>short</u> walk outside of the house?	1	2	3	4
2. Do you need to stay in bed or a chair during the day?	1	2	3	4
3. Do you need help with eating, dressing, washing yourself or using the toilet?	1	2	3	4
During the past week:				
	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
4. Were you short of breath?	1	2	3	4
5. Have you had pain?	1	2	3	4
6. Have you had trouble sleeping?	1	2	3	4
7. Have you felt weak?	1	2	3	4
8. Have you lacked appetite?	1	2	3	4

9. Have you felt nauseated? 1 2 3 4

Please go on to the next page

During the past week:

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
10. Have you been constipated?	1	2	3	4
11. Were you tired?	1	2	3	4
12. Did pain interfere with your daily activities?	1	2	3	4
13. Did you feel tense?	1	2	3	4
14. Did you feel depressed?	1	2	3	4

For the following question please circle the number between 1 and 7 that best applies to you

15. How would you rate your overall quality of life during the past week?

1 2 3 4 5 6 7

Very poor

Excellent

LISTE DES ABREVIATIONS

MG = médecin(s) généraliste(s)

INSEE = Institut national de la statistique et des études économiques

PACA = Provence-Alpes-Côte-d’Azur (région)

NCCN = National Comprehensive Cancer Network

BIBLIOGRAPHIE

- (1)-Ressources INSEE PACA : Ralentissement démographique et vieillissement à l'horizon 2040 de la région PACA
- (2)-Plan cancer 2014-2019 www.social-sante.gouv.fr
- (3)-Arati V. Rao and Harvey Jay Cohen, Fatigue in Older Cancer Patients : Etiology, Assessment, and Treatment, *Seminars in Oncology Décembre 2008*. 35 : 633-642
- (4)-Xin Shelley Wang, Jeanie F. Woodruff, Cancer-related and treatment-related fatigue, *Gynecologic Oncology 2015* ; 136 : 446-452
- (5)-A. Giacalone et Al. Cancer-related fatigue in the elderly, *Support Care Cancer 2013* ; 21 :2899-2911
- (6)-Markus Horneber, Irene Fischer et Al., Cancer-Related Fatigue Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment, *Dtsch Arztebl Int 2012* ; 109 :161-172
- (7)-Holley S, Cancer-related fatigue. Suffering a different fatigue, *Cancer Pract 2000* ; 8 : 87-95
- (8)-Arati Rao, Harvey Jay Cohen, Symptom Management in the elderly Cancer Patient : Fatigue, Pain, and Depression, *Journal of the National Cancer Institute Monographs 2004* ; 32 : 150-155
- (9)-Schubert C, Hong S, Natarajan L, and al. The association between fatigue and inflammatory marker levels in cancer patients : a quantitative review, *Brain Behav Immun 2007* ; 21 :413-427
- (10)-Jager A, Sleijfer S, Van der Rijt CC, The pathogenesis of cancer-related fatigue : could increased activity of pro-inflammatory cytokines be the common denominator ? *Eur J Cancer 2008* ; 44 : 185-181
- (11)-Alexander S, Stone P, and al. Evaluation of central serotonin sensitivity in breast cancer survivors with cancer-related fatigue syndrome, *J Pain Symptom Manage 2010* ; 40 : 892-898
- (12)-Julienne E. Bower, Ph.D., Cancer-related fatigue : Mechanisms, risk factors, and treatments, *Nat Rev Clin Oncol. Octobre 2014* ; 11(10) :597-609
- (13)-Mc Ewen BS, et al. The role of adrenocorticoids as modulators of immune function in health and disease : neural, endocrine and immune interactions. *Brain Res Rev. 1997* ; 23 : 79-133

- (14)-Raison CL, Miller AH, When not enough is too much : the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders, *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 : 1554-1565
- (15)-Berger AM ? Patterns of fatigue and activity and rest during adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 1998 ; 25 : 51-62
- (16)-Mormont MC, and al. Non-invasive estimation of the circadian rhythm in serum cortisol in patients with ovarian or colorectal cancer, *Int J Cancer* 1998 ; 78 : 421-424
- (17)-Ng AV, The underrecognized role of impaired muscle function in cancer-related fatigue, *J Support Oncol* 2010 ; 8 : 177-178
- (18)-Patrick C. Stone, O. Minton, Cancer-related fatigue, *European Journal of Cancer* 2008 ; 44 :1097-1104
- (19)-Giordano A, and al. Skeletal muscle metabolism in physiology and in cancer disease. *J Cell Biochem* 2003 ; 90 : 170-186
- (20)-Wilson MM, Morley JE, Invited review : aging and energy balance, *J Appl Physiol* 2003 ; 95 : 1728-1736
- (21)-Scott JA, Lasch KE, and al. Patients' experiences with cancer-related fatigue : a review and synthesis of qualitative research, *Oncol Nurs Forum* 2011 ; 38 : 191-203
- (22)-D. Howell and al, A pan-Canadian practice guideline and algorithm : screening, assessment, and supportive care of adults with cancer-related fatigue, *Current Oncology Juin* 2013 ; 20 :233-246
- (23)-National Comprehensive Cancer Network (NCCN), NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology : Cancer-related fatigue, Ver.2.2009
- (24)-Julienne E. Bower and al, Screening, Assessment, and Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer : An American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation, *Journal of Clinical Oncology Juin* 2014 ; 32 : 1840-1850
- (25)-Kerr CW, and al. Effects of methylphenidate on fatigue and depression : a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, *J Pain Symptom Manage* 2012 ; 43 : 68-77
- (26)-Jean-Pierre P, Morrow GR, Roscoe JA, and al. A phase 3 randomized, placebo-controlled, double-blind, clinical trial of the effect of Modafinil on cancer-related fatigue among 631 patients

receiving chemotherapy, a *University of Rochester Cancer center Community Clinical Oncology Program Research Base Study*. *Cancer* 2010 ; 116 : 3513-3520

(27)-Goedendorp MM, Gielissen MF, and al. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 ; CD006953

(28)-Jacobsen PB, and al. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychol* 2007 ; 26 : 660-667

(29)-Cramp F, Daniel J, Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev* CD006145

(30)-Dimeo FC, Effects of exercise on cancer-related fatigue, *Cancer* 2001 ; 92 : 1689-1693

(31)-Concept de fragilité en gériatrie-Item 126 de l'ECN

RESUME

Contexte : La fatigue est un des symptômes les plus fréquents chez les patients âgés cancéreux. Elle impacte directement leur qualité de vie. A ce jour, sa pathogénie reste mal connue. Ce symptôme est donc peu dépisté et donc sous-traité. Selon le 3^{ème} plan cancer, le médecin généraliste (MG) devrait occuper une place centrale dans la prise en charge du patient cancéreux.

Objectif : Analyser le ressenti des MG lors d'une consultation pour fatigue chez un patient âgé cancéreux et recueillir les besoins et propositions éventuels.

Méthode : Etude exploratoire qualitative par entretiens semi-dirigés de juin à juillet 2016 avec des MG de la région PACA, transcription et analyse thématique du verbatim.

Résultats : 11 MG ont été interrogés. Selon eux, la fatigue est souvent banalisée par le patient ou le médecin lui-même. Le caractère pluri-factoriel de la fatigue rend difficile sa prise en charge en pratique. Cependant, lorsqu'ils y sont confrontés, ils s'efforcent d'en préciser les causes et les facteurs associés éventuels. L'activité du patient et son évolution dans le temps restent les meilleurs paramètres d'évaluation. L'attitude thérapeutique passe surtout par des moyens non médicamenteux comme l'activité physique et le travail en équipe.

Discussion : La représentation que les MG interrogés ont de la fatigue impacte largement leur attitude. Ils banalisent souvent le symptôme ce qui entraîne notamment un sous-diagnostic de la fatigue chez le patient âgé cancéreux. Toutefois, leur attitude thérapeutique lorsqu'ils y sont confrontés est plutôt conforme aux recommandations existantes. Des formations spécifiques leur permettraient de mieux connaître et reconnaître le symptôme afin d'améliorer la qualité de vie d'un plus grand nombre de leurs patients âgés cancéreux.

Mot-clés : médecin généraliste, cancer, patient âgé, fatigue, étude qualitative



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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