



**HAL**  
open science

# Que pensent faire les médecins généralistes pour les patients atteints de cancer ?

Anne-Samia Wehbe

► **To cite this version:**

Anne-Samia Wehbe. Que pensent faire les médecins généralistes pour les patients atteints de cancer ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02177563

**HAL Id: dumas-02177563**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02177563>**

Submitted on 20 Nov 2019

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITÉ de BRETAGNE OCCIDENTALE  
FACULTÉ DE MÉDECINE

**ANNÉE 2019**

**THÈSE D'EXERCICE**

**Pour le**

**DOCTORAT DE MÉDECINE**

**DE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

---

Que pensent faire les médecins généralistes pour les patients atteints  
de cancer ?

---

**Par**

**Mme Anne-Samia WEHBE**

**Née le 23 mars 1992 à Quimper (Finistère)**

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2019

Président : Monsieur le Pr Jean-Yves LE RESTE

Membres du Jury :

Monsieur le Dr Guillaume FERNANDEZ

Monsieur le Dr Patrice NABBE

Monsieur le Dr Jérémie DERRIENNIC

Madame le Dr Camille VERNET

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE  
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

---

Doyens honoraires

---

FLOCH Hervé  
LE MENN Gabriel (†)  
SENECAIL Bernard  
BOLES Jean-Michel  
BIZAIS Yves (†)  
DE BRAEKELEER Marc (†)

Doyen

---

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

---

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

---

OZIER Yves Anesthésiologie-réanimation

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

---

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie

GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SARAUX Alain	Rhumatologie
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

---

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1<sup>ère</sup> Classe

---

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2<sup>ème</sup> Classe

---

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
COUTURAUD Francis	Pneumologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LIPPERT Éric	Hématologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

## Professeurs des Universités de Médecine Générale

---

LE FLOC'H Bernard

LE RESTE Jean-Yves

## Professeur des Universités Associé de Médecine Générale (à mi-temps)

---

BARRAINE Pierre

CHIRON Benoît



GUILLOU Morgane	Addictologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie

#### Maîtres de Conférences de Médecine Générale

---

NABBE Patrice

#### Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

---

BARAIS Marie  
BEURTON COURAUD Lucas  
DERRIENNIC Jérémy

#### Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

---

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographie
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

#### Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

---

MERCADIE Lolita      Rhumatologie

#### Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

---

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie Charlotte      Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

---

MONOT Alain Français RIOU Morgan Anglais

Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

---

NGUYEN BA Vinh	Anesthésie-réanimation
ROUSSET Jean	Radiologie et imagerie médicale
DULOU Renaud	Neurochirurgie

Maîtres de stage universitaires -  
référents (Ministère des Armées)

---

LE COAT Anne	Médecine Générale
SCELLOS Olivia	Médecine Générale

# Remerciements

À notre président de jury,

**Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE,**

De nous avoir confié cette étude et de nous avoir guidé avec patience et enthousiasme tout au long ce travail. Nous en sommes sincèrement reconnaissantes.

**À Monsieur le Docteur Guillaume FERNANDEZ,**

Merci pour vos conseils et votre disponibilité. Vous nous faites l'honneur d'évaluer notre travail, soyez assuré de notre gratitude.

**À Monsieur le Docteur Patrice NABBE,**

D'avoir accepté de juger notre thèse. Merci de nous faire l'honneur de composer ce jury.

**À Monsieur le Docteur Jérémy DERRIENNIC,**

De nous faire l'honneur d'être membre de ce jury. Veuillez recevoir nos sincères remerciements.

**À Madame le Docteur Camille VERNET,**

De m'avoir fait découvrir avec beaucoup de pédagogie ta spécialité. Merci d'avoir participé à notre étude et de ta présence dans ce jury. Sois assurée de notre gratitude.

**À tous les médecins**

Ayant eu la gentillesse de m'avoir accordé du temps en participant aux entretiens de ma thèse. Soyez assurés de ma sincère reconnaissance.

**À ma famille et à mes amis,**

**À mes parents,**

Qui m'ont permis d'accomplir ce parcours. Votre amour a été un moteur.

**À toi Maman,**

Pour ton dévouement me faisant gagner un temps précieux durant ces études. Je t'en serais toujours reconnaissante.

**À toi Papa,**

De m'avoir transmis le plaisir d'exercer ce métier. Je suis fière de partager cette chance avec toi.

**À toi Caroline,**

Ma grande sœur qui m'a donné le goût de l'école dès le plus jeune âge. Sans ton investissement, je n'en serais peut-être pas là. Merci d'avoir toujours été là pour me soutenir.

**À toi Farès,**

Mon grand frère, grâce à qui j'ai su développer mes capacités. Je pense fort à toi.

**À toi Tigdig,**

Ma co-thésarde, mais surtout ma grande amie. C'est avec beaucoup de joie que je termine ces études à tes côtés. Je te souhaite que le meilleur.

**À toi Brice,**

Qui a accepté d'embarquer dans ce long périple à mes côtés. Je ne te remercierai jamais assez pour ta patience et ton soutien. Aux souvenirs avec toi et aux belles surprises qui nous attendent. Je t'aime.

**À vous tous venus**

En ce jour si particulier. Votre présence me touche profondément.

# Résumé

## **Introduction**

Les médecins généralistes ont de nombreuses compétences entrant dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Le Plan Cancer III (2014-2019) tend à promouvoir leur implication. Leur réelle pratique médicale dans le cancer n'a pourtant fait l'objet d'étude jusqu'alors. L'objectif de cette étude était de décrire la pratique médicale des médecins généralistes pour les patients atteints de cancer.

## **Méthode**

Etude qualitative pilotée par le protocole CoCanGen. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes finistériens. L'analyse était thématique issue de la théorisation ancrée avec un double codage à chaque étape.

## **Résultats**

Un échantillonnage avec recherche d'exhaustivité des critères a été effectué. La saturation des données a été obtenue après la réalisation de neuf entretiens au cours de la période octobre 2017-octobre 2018. L'analyse a permis de décrire une pratique médicale riche des médecins généralistes pour les patients atteints de cancer. Ils interviennent en amont puis tout au long du parcours cancer avec une forte implication à la phase diagnostique et à la phase palliative. Nombreuses compétences spécifiques à la médecine générale sont sollicitées : soins primaires, coordination, collaboration, prise en charge globale, soins centrés sur la personne, professionnalisme. Ils assurent le suivi médical, en gérant les symptômes de la maladie ou des traitements mais aussi les autres pathologies du patient. Les aspects administratifs et sociaux composent également leur exercice.

## **Discussion**

Cette étude a révélé des domaines d'exercice dépassant ceux attendus des médecins généralistes dans le parcours cancer. Leurs compétences sont globalement reconnues par les médecins spécialistes. Leurs missions sont variées mais peu codifiées. Il persiste des difficultés majeures d'articulation ville-hôpital. Le développement de réseaux de soins est à promouvoir pour une meilleure coordination des soins du patient atteint de cancer.

# Abstract

## **Background**

General practitioners have many skills in cancer patients' care. The Cancer Plan III (2014-2019) aims to promote their involvement. Their actual medical practice in cancer has not been studied until then. The objective of this study was to describe the medical practice of general practitioners for cancer patients.

## **Method**

Qualitative study driven by the CoCanGen protocol. Semi-directed interviews were conducted with general practitioners in Finistère. The analysis was thematic based on grounded theory with double coding at each stage.

## **Results**

Sampling with exhaustive search of the criteria was carried out. The saturation of the data was obtained after the completion of nine interviews during the period October 2017-October 2018. The analysis described a rich medical practice of general practitioners for cancer patients. They intervene upstream then throughout the cancer journey with a strong involvement in the diagnostic phase and the palliative phase. Numerous skills specific to general medicine are sought : primary care, coordination, collaboration, comprehensive care, person-centered care, professionalism. They provide medical monitoring, managing the symptoms of the disease or treatments but also other pathologies of the patient. The administrative and social aspects also make up their exercise.

## **Discussion**

This study revealed areas of practice beyond those expected for general practitioners in the cancer journey. Their skills are globally recognized by medical specialists. Their missions are varied but not very codified. It persists major difficulties of city-hospital articulation. The development of care networks could be promoted for a better coordination cancer patient's care.

# Table des matières

Remerciements .....	8
Résumé .....	10
Abstract.....	11
Table des tableaux et figures.....	15
Liste des abréviations.....	15
Introduction .....	16
Méthode .....	19
Choix de la méthode .....	19
Population étudiée.....	19
Critère d'inclusion .....	19
Critères d'exclusion .....	19
Sélection de l'échantillon .....	19
Guide d'entretien .....	19
Déroulement de l'entretien.....	20
Transcription de l'entretien.....	20
Analyse des résultats.....	20
Résultats.....	21
Caractéristiques des entretiens.....	21
Caractéristiques de la population étudiée.....	21
Analyse des résultats.....	21
Soins primaires .....	22
Diagnostic.....	23
Urgences .....	23
Gestes techniques .....	23
Coordination .....	24
Coordination de la prise en charge.....	24
Choix des spécialistes .....	24
Orientation sur le choix de l'équipe spécialisée .....	25
Orientation ville/Hôpital.....	25
Visites à domicile.....	25
Optimisation de la prise en charge.....	26
Continuité des soins palliatifs.....	26
Suivi médical .....	27

Surveillance clinique.....	27
Surveillance paraclinique.....	27
Surveillance post-thérapeutique .....	28
Suivi médical en parallèle .....	28
Adaptation de la prise en charge selon le type de cancer .....	28
Collaboration.....	29
Spécialistes .....	29
Autres disciplines.....	30
Structures contre le cancer .....	30
Proches.....	30
Prise en charge symptomatique .....	31
Symptômes généraux.....	31
Douleur.....	31
Effets secondaires des traitements .....	31
Nutrition à domicile.....	32
Prise en charge globale .....	32
Prise en charge globale de la personne .....	32
Initiation et clôture de la prise en charge.....	33
Dépistage.....	33
Soutien psychologique .....	33
Contraception.....	34
Soins centrés sur la personne.....	35
Soins centrés sur la personne.....	35
Annonce .....	35
Communication adaptée à la personne.....	36
Adaptation de la fréquence des rendez-vous.....	36
Gestion de la relation avec le patient.....	36
Communication avec les proches .....	36
Soutien de la famille .....	37
Secret médical .....	37
Prise en charge administrative et sociale .....	38
Tâches administratives .....	38
Accompagnement dans les diverses démarches .....	38
ALD .....	38
Arrêt et reprise de travail .....	38
Certificat de décès .....	39

Soins palliatifs.....	39
Gestion des soins palliatifs .....	39
Reprise en main.....	40
Initiation des soins palliatifs .....	40
Anticipation .....	40
Collaboration.....	40
Orientation en fin de vie.....	40
Soins à domicile.....	41
Continuité des soins .....	41
Gestes techniques .....	41
Professionalisme .....	42
Recherche d'informations .....	42
Retour d'expérience .....	42
Formations .....	42
Discussion.....	44
Limites .....	44
Biais d'information .....	44
Biais de confusion.....	44
Biais d'analyse et d'interprétation .....	44
Synthèse des résultats.....	44
Hypothèse de recherche .....	44
Données connues .....	44
Données nouvelles .....	45
Confrontation des opinions entre médecins généralistes et spécialistes .....	46
Apports.....	47
Richesse du rôle des médecins généralistes.....	47
Notions inattendues.....	47
Conclusion.....	48
Bibliographie .....	49
Annexes.....	53

## Table des tableaux et figures

Figure 1 : Marguerite des compétences de médecine générale .....	17
Figure 2 : Présentation des codes sélectifs .....	22
Figure 3 : Soins primaires .....	22
Figure 4 : Coordination.....	24
Figure 5 : Suivi médical.....	27
Figure 6 : Collaboration .....	29
Figure 7 : Prise en charge symptomatique.....	31
Figure 8 : Prise en charge globale .....	32
Figure 9 : Soins centrés sur la personne.....	35
Figure 10 : Prise en charge administrative et sociale.....	38
Figure 11 : Soins palliatifs.....	39
Figure 12 : Professionnalisme .....	42

## Liste des abréviations

**ALD** : Affection de Longue Durée

**CoCangen** : Etude multi-méthode du Grand Ouest « COnsultation CANcer GENéralistes »

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

**DU** : Diplôme Universitaire

**FMC** : Formation Médicale Continue

**HAD** : Hospitalisation à Domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HPST** : Loi de 2009 « Hôpital, patients, santé, territoires »

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

## Introduction

Selon l'OMS, le cancer correspond à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases (1). En 2017, le cancer reste la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme en France. Le taux d'incidence du cancer tend à baisser depuis 2005. Le taux de mortalité baisse depuis 1980. Il en reste néanmoins un sujet préoccupant puisqu'en 2017, il est estimé 400 000 nouveaux cas de cancers et 150 000 décès par cancer. La prévalence reste élevée. En 2017, 1 396 000 hommes et 1 359 000 femmes avaient eu un cancer dans les 15 années précédentes, soit respectivement 5,4 % et 4,8 % de la population âgée de 15 ans et plus (2).

La médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires (3). Elle est définie par ses compétences :

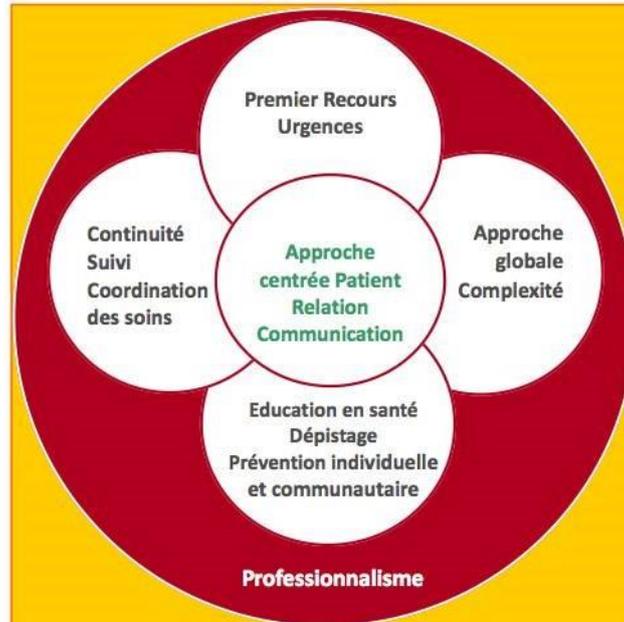
- Résoudre un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires
- Prendre une décision adaptée en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude
- Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage
- Prendre en charge le patient dans sa globalité
- Assurer le suivi et la continuité des soins
- Entreprendre des actions de santé communautaire
- Travailler en équipe et /ou en réseau
- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques

L'acquisition de ces compétences permet au médecin de prendre en charge les différentes situations auxquelles il est confronté.

De manière plus générale, ces compétences sont regroupées en six groupes :

- Premier recours, incertitude, soins non programmés et urgence
- Relation, communication, approche centrée patient
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Vision globale, complexité
- Education en santé, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire
- Professionnalisme (4)(5)

**Figure 1** : Marguerite des compétences de médecine générale



De par ses compétences, le médecin généraliste joue un rôle primordial dans la prise en charge du patient atteint de cancer (6). En tant qu'acteur de soins de santé primaires, il agit dans la prévention et le diagnostic du cancer. Il participe à des actions organisées de dépistage de masse. Le rôle du médecin généraliste dans le dispositif d'annonce est pris en compte depuis le plan Cancer II. Il doit coordonner la prise en charge du patient afin de fournir des soins efficaces et appropriés dans le parcours de soins du patient atteint de cancer. La collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle est indispensable. En 2008, 30 % des cas de cancers sont survenus chez des personnes de 75 ans et plus. Le repérage des facteurs de fragilité peut être effectué par le médecin généraliste. La majorité des médecins généralistes a des patients souffrant d'effets indésirables liés aux traitements anti-cancéreux. Il est celui qui connaît le mieux les comorbidités et traitements de son patient. Le médecin généraliste joue un rôle déterminant dans la réinsertion sociale et professionnelle du patient atteint de cancer. L'approche « centrée patient » a montré sa pertinence sur la qualité de vie des patients mais aussi sur leur survie. Son approche globale et holistique permet une prise en charge adaptée, notamment lors des soins palliatifs. Tout au long de sa carrière, il maintient sa formation professionnelle. Les compétences du médecin généraliste justifient sa place auprès du patient atteint de cancer (7). Bien que l'importance des soins primaires en oncologie soit largement reconnue, les médecins généralistes ne disposent pas d'indications précises sur ce qu'ils sont censés faire. Leur forte implication dans la phase suivant le diagnostic et dans les soins palliatifs est mal cernée (8). Il n'existe à ce jour aucune étude décrivant la pratique des médecins généralistes auprès des patients atteints de cancer.

Le Plan Cancer III a quatre grands objectifs : guérir plus de malades, donner plus de moyens à la recherche, améliorer la qualité de vie des malades et faire de la prévention une priorité pour réduire le nombre de cancers aux causes évitables.

Différents points du Plan Cancer 2014-2019 concernent directement le médecin généraliste (9) :

- Mobilisation du médecin généraliste dans le dépistage et notamment dans un programme national de dépistage organisé du cancer du col utérin
- Soutien du rôle de coordination du médecin généraliste afin de réduire les délais de prise en charge
- Adaptation et renforcement du dispositif d'annonce
- Articulation ville-hôpital pour une meilleure efficacité et tolérance des traitements anti-cancéreux
- Optimisation d'une orientation vers une équipe spécialisée adaptée au patient
- Relai hôpital-ville en fin de traitement actif
- Renforcement du suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels

Cette thèse participe au protocole de recherche CoCangen. Il s'agit d'une étude multi-méthode coordonnée de manière interdisciplinaire (sociologie, santé publique, médecine générale) ayant pour objectif de décrire et d'analyser l'implication des médecins généralistes dans le parcours de soins du patient atteint de cancer. Ce projet s'inscrit dans le plan cancer 2014-2019. Il vise à améliorer la coordination ville - hôpital en sollicitant plus fortement les professionnels de premier recours avec en première ligne le médecin traitant (10)(11).

Ce travail est réalisé en parallèle d'une autre thèse de médecine générale dont l'objectif est de décrire la perception des médecins spécialistes sur la pratique médicale des médecins généralistes auprès des patients atteints de cancer. Elle s'inscrit également dans le projet CoCangen.

**L'hypothèse de recherche est qu'il existe des pratiques médicales des médecins généralistes pour les patients atteints de cancer qui ne sont pas décrites dans la littérature.**

**L'objectif principal de cette recherche est de décrire la pratique médicale des médecins généralistes dans la prise en charge du patient atteint de cancer.**

# Méthode

## Choix de la méthode

Cette thèse est une des composantes de la phase 3 du protocole CoCanGen. Cette dernière phase est une étude de terrain reposant sur trois types de matériaux : entretiens individuels et collectifs de professionnels de santé, observations de dossiers de médecine générale et étude de documents.

L'étude qualitative par entretien individuel permet une réponse par les premiers sujets concernés, les médecins généralistes. Cette méthode décrit leur expérience et donne ainsi une vision réelle de leur quotidien. L'analyse qualitative étudie en profondeur ce phénomène complexe qu'est la prise en charge par le médecin généraliste du patient atteint de cancer.

## Population étudiée

### Critère d'inclusion

Le critère d'inclusion à cette étude était d'être médecin généraliste exerçant en libéral dans le Finistère.

### Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion à cette étude étaient d'exercer en dehors du Finistère et/ou d'avoir une activité exclusivement salariale.

### Sélection de l'échantillon

Le choix des médecins interviewés devait répondre à des critères d'exhaustivité en termes de genre, d'âge, de zone d'activité (urbaine, semi-rurale et rurale), de mode d'exercice (seul ou en groupe) et de statut ou non de maître de stage. La définition retenue de zone rurale était zone de moins de 2000 habitants, celle de zone urbaine était zone de plus de 5000 habitants et celle de zone péri-rurale était zone entre 2000 et 5000 habitants.

La taille de l'échantillon devait permettre la saturation des données.

## Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé en amont de cette étude lors de la phase 1 du protocole CoCanGen (Annexe).

Une première grille d'analyse a été constituée d'après une revue de la littérature. Elle a permis la réalisation d'entretiens semi-directifs exploratoires.

Les entretiens exploratoires ont abordé les différents champs de la prise en charge du patient dans son parcours de soin : dépistage, annonce, choix de l'équipe traitante, communication auprès du patient, de l'entourage ou des soignants, suivi en phase active du traitement, surveillance de l'apparition et prise en charge des effets indésirables des traitements, fin de vie et soins palliatifs, suivi des patients en rémission et surveillance des rechutes, accompagnement des aidants et des proches. Ils ont également abordé les difficultés des médecins généralistes ainsi que les modalités de collaboration avec les médecins spécialistes. Le guide d'entretien a été validé par une étude DELPHI.

## **Déroulement de l'entretien**

Les médecins étaient contactés par téléphone. Les entretiens se déroulaient au cabinet du médecin interrogé. Les entretiens étaient semi-dirigés, anonymes et confidentiels. Ils étaient enregistrés après accord du médecin interviewé. L'enregistrement audio était effectué via un ou deux appareils électroniques. La parole était libre, personnelle et centrée sur la pratique. Le médecin interviewé était relancé lorsqu'une notion était jugée intéressante à développer.

## **Transcription de l'entretien**

La transcription des entretiens a été réalisée mot à mot manuellement afin d'en assurer l'authenticité. Cette transcription a permis la production d'un verbatim par entretien. Ce verbatim était renvoyé à l'interviewé pour qu'il assesses sa véracité et l'amende si nécessaire.

## **Analyse des résultats**

L'analyse des entretiens reposait sur la méthode d'analyse thématique issue de la théorisation ancrée (12)(13) dans une perspective phénoménologique telle que définie par Husserl (14). La codification a été faite manuellement au moyen du logiciel Excel. Trois étapes de codification ont été menées : codage ouvert, codage axial et codage sélectif. Toute donnée du verbatim répondant à la question de recherche a été extraite et constituait un code ouvert. Les codes ouverts ont été regroupés par phénomène, constituant les codes axiaux. Ces codes axiaux ont ensuite été classés par thème, constituant les codes sélectifs. Chaque étape a bénéficié d'un double codage effectué par une autre interne en médecine générale. L'analyse des résultats a permis la réalisation de cartes heuristiques.

# Résultats

## Caractéristiques des entretiens

Dix médecins ont participé à cette étude. Les entretiens se sont déroulés d'octobre 2017 à octobre 2018. Un entretien n'a pu être transcrit à la suite d'une défaillance technique de l'enregistrement. Sur les neuf entretiens exploités, La durée des entretiens variait entre 34 et 67 minutes, avec une moyenne de quarante-neuf minutes.

## Caractéristiques de la population étudiée

Cinq médecins étaient des hommes, quatre médecins étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 53 ans. Cinq médecins exerçaient en zone urbaine, deux exerçaient en zone semi-rurale et deux exerçaient en zone rurale. Six médecins exerçaient en groupe, trois médecins exerçaient seuls.

**Tableau 1** : Caractéristique de la population étudiée

Médecin	Sexe	Age	Zone	Mode d'exercice
MG1	Homme	58	Urbaine	Seul
MG2	Femme	33	Urbaine	En groupe
MG3	Femme	33	Semi-rurale	En groupe
MG4	Homme	40	Rurale	Seul
MG5	Femme	40	Urbaine	En groupe
MG6	Homme	63	Semi-rurale	Seul
MG7	Femme	60	Urbaine	En groupe
MG8	Homme	35	Urbaine	En groupe
MG9	Homme	56	Rurale	En groupe

## Analyse des résultats

L'analyse des résultats a permis la production de 899 codes ouverts, 51 codes axiaux et 10 codes sélectifs.

Cette étude a ainsi permis d'aborder dix thématiques concernant la pratique médicale des médecins généralistes pour les patients atteints de cancer (**Figure 1**) :

1. Les soins primaires
2. La coordination
3. Le suivi médical
4. La collaboration

5. La prise en charge symptomatique
6. La prise en charge globale
7. Les soins centrés sur la personne
8. La prise en charge administrative et sociale
9. Les soins palliatifs
10. Le professionnalisme

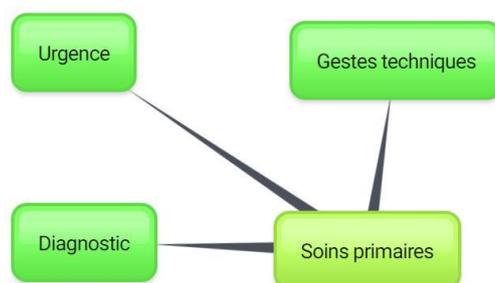
**Figure 2 :** Présentation des codes sélectifs



created with [www.bubbl.us](http://www.bubbl.us)

## Soins primaires

**Figure 3 :** Soins primaires



created with [www.bubbl.us](http://www.bubbl.us)

Les médecins généralistes apparaissent au cœur des soins primaires via trois modalités.

## Diagnostic

La première et celle qui est apparue comme majeure dans l'ensemble des entretiens est l'implication des médecins généralistes dans la phase diagnostique :

*« Malheureusement c'est souvent moi qui trouve le cancer ou la femme qui vient parce qu'elle a trouvé une boule dans le sein » [MG7]*

Leur suspicion pouvait s'appuyer sur des symptômes chez un patient à risque :

*« Je pense par exemple au cancer du poumon, c'est le gros fumeur qui tousse et puis qui a une petite altération de l'état général. On se pose tous la même question : « cancer ou pas cancer ? » » [MG4]*

Leur connaissance du patient les amenait également au diagnostic :

*« Après les gens on les connaît beaucoup. Des fois quand ils se lèvent dans la salle d'attente on voit tout de suite qu'ils ont perdu du poids. [...] On fait un bilan minimal, au moins une prise de sang et après on avise mais je pense qu'on est quand même pas mal à l'origine du diagnostic en tout cas. » [MG2]*

Les premières investigations étaient majoritairement effectuées par le médecin généraliste :

*« Pour le sein, il y a aura une mammo, une échographie, pour les poumons, on va prévoir la radio... » [MG3]*

## Urgences

La notion d'urgences ou encore de soins aigus était soulignée par certains :

*« Après en cas d'aggravation aiguë ou truc comme ça où je passe un coup de fil, sinon je leur écris des courriers. » [MG8]*

*« J'hospitalise le jour-même. J'avais un bas-ventre complètement blindé. C'était d'emblée dramatique » [MG7]*

## Gestes techniques

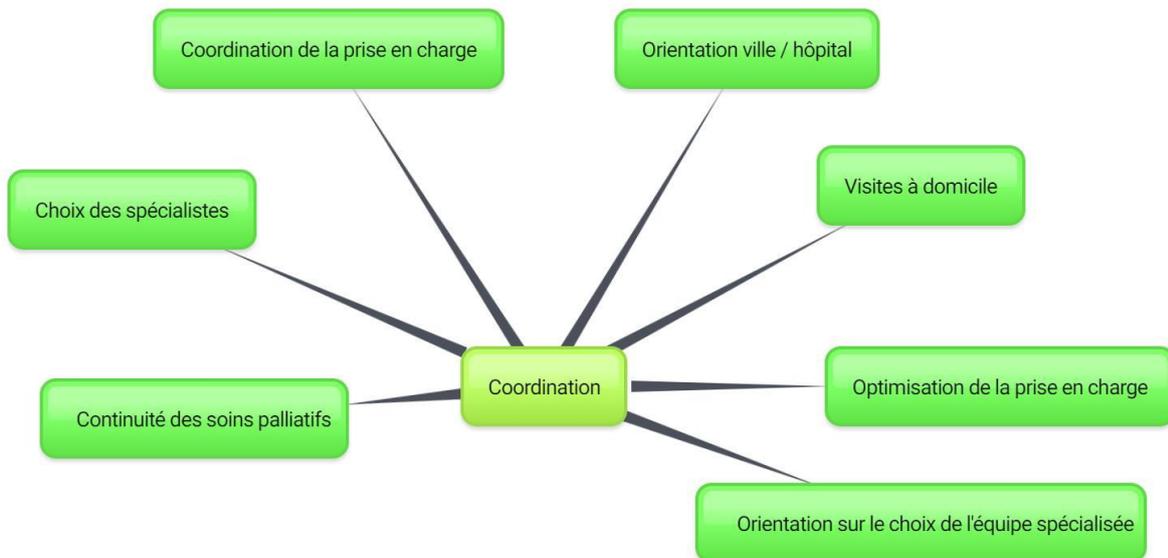
Deux médecins ont évoqué le fait de réaliser des gestes techniques au cabinet :

*« Donc c'est quand y a techniquement un besoin que j'interviens le plus. » [MG6]*

*« Soit je me dis « pouah ! Ça pue le mélanome et il faut biopsier » » [MG8]*

# Coordination

Figure 4 : Coordination



created with [www.bubbl.us](http://www.bubbl.us)

Par de nombreux aspects, les médecins généralistes interrogés ont décrit leur rôle de coordinateur dans le parcours du patient atteint de cancer.

## Coordination de la prise en charge

Plusieurs médecins ont revendiqué leur rôle de coordinateur :

« Je suis le chef d'orchestre. J'adore dire ça (rires). Parce qu'on est là justement pour essayer de centraliser les informations. Parce qu'on a effectivement les spécialistes en ville, on a la cancéro, les autres spécialistes, les résultats... » [MG5]

« Et je tiens beaucoup à ce rôle de coordinateur. Je tiens à récupérer, parfois j'ai du mal, tous les comptes rendus, parce qu'ils arrivent souvent très en retard » [MG3]

« Moi je prends un rôle de coordinatrice. Je sais quand est-ce qu'ils ont vu et tous les combien temps ils doivent voir donc je leur demande si c'est fait, si vous avez pris votre RDV et parfois je leur dis faut faire et je m'arrange pour qu'ils fassent. » [MG2]

## Choix des spécialistes

Certains préfèrent le public pour un type de cancer :

« Les possibles cancers du sein, je ne les envoie qu'à l'hôpital » [MG6]

Quand d'autres travailleront davantage avec le privé :

« Je suis à 90% avec le privé, facile. [...] Après le truc qui me gonfle c'est qu'à 17h quand on a besoin de joindre l'hôpital, y a plus personne, y a plus de secrétaire. Ça, ça m'horripile. Sauf

*que nous on bosse jusqu'à 8h le soir. Donc c'est pour ça aussi que je bosse plus avec le privé. Parce que là à 19h30 y a encore des secrétaires dans leur cabinet, ils sont encore au boulot. Moi je peux pas savoir, le dernier, un vendredi soir, si ça va être une urgence et tout ça quoi. » [MG2]*

Différents critères sont décisifs, notamment l'évolution de l'offre :

*« On les choisit sûrement par affinité mais aussi par compétence, et puis par lieu parce que bah les gens peuvent se déplacer ou pas. » [MG9]*

*« Pour le cancer, pour être très clair un petit hôpital périphérique n'a plus beaucoup de chose, n'est plus habilité à opérer, à faire de la chimiothérapie, ça devient un souci. C'est-à-dire qu'il faut orienter les gens vers le bon plateau technique et vers la bonne équipe. Ça c'est notre vrai boulot, ça. » [MG9]*

La constitution d'un réseau de confrères a été parfois mentionnée :

*« J'appelle moi-même sur une liste de gens que j'aime bien. J'ai mon p'tit carnet rouge. En fait, y a que ça qui marche. Tu peux pas confier à un patient qui se trouve dans la détresse la plus noire, tu lui annonces une merde, en disant « bah voilà, vous allez prendre votre RDV ». Non. Notre rôle, c'est de prendre le RDV. » [MG7]*

## Orientation sur le choix de l'équipe spécialisée

Ce choix émane également d'une discussion avec le patient :

*"Si y a le choix entre la clinique et l'hôpital, je propose au patient." [MG3]*

*"Donc là, oui, quelque fois, il faut bien discuter avec son patient pour lui dire qu'il est pas dans la bonne structure, qu'il aura pas la même chance que s'il est dans la bonne. Faut informer. Après les patients ils sont pas forcément au courant que leur pathologie relève de tel ou tel plateau technique, de tel ou tel hôpital parce qu'ils manquent d'information. Donc là on a un rôle à jouer sur l'aiguillage oui et sur la bonne équipe, oui." [MG9]*

## Orientation ville/Hôpital

L'orientation entre soins ambulatoire et hospitalisation était une responsabilité citée par certains :

*« J'essayais déjà de me débattre pour qu'il ait des aides à domicile. » [MG2]*

*« J'ai juste accepté sa demande. J'ai fait... J'ai hospitalisé quoi. » [MG7]*

## Visites à domicile

Cinq médecins ont fait part de leur activité à domicile. Ces visites se justifiaient par l'apparition d'une complication :

*« Quelques fois y a des couacs à la maison. » [MG5]*

Ou par le suivi d'un soin :

*« Il y a le suivi d'un pansement, par exemple une jeune femme qui a un cancer du sein étendu au niveau pectoral avec des plaies épouvantables. Là j'interviens plus au niveau du pansement parce que le spécialiste ne la voit pas tous les 8 jours donc là j'interviens plus avec les infirmiers sur les notions de pansement. Bien évidemment le spécialiste est tenu au courant de l'évolution, c'est un vrai échange » [MG6]*

Afin d'anticiper les situations aiguës ou de fin de vie, un médecin soulignait l'importance des visites régulières en amont :

*« Il faut trouver notre place, que chacun ait ses repères. Banaliser justement le fait qu'on vienne parce que si on est le médecin qui vient que quand ça va mal, y a de l'angoisse des deux bords. C'est pas bien vécu. » [MG9]*

### Optimisation de la prise en charge

Nombreux ont évoqué leur implication dans la réduction du délai de prise en charge :

*« J'interviens surtout au début pour que le diagnostic et la prise en charge se fassent vite, en gros, pour que les premières investigations se fassent vite. » [MG3]*

*« Je pense que le rôle du médecin traitant c'est la traque. [...] La difficulté c'est les délais. Faut les réduire au maximum pour donner le maximum de chance aux patients et puis c'est pas toujours évident parce qu'il y a de moins en moins de médecins » [MG4]*

*« Je réessaye, j'harcèle. C'est difficile. Ils sont débordés à l'hôpital. En règle générale, on arrive quand même, à force de persuasion, de la secrétaire, de ma secrétaire, de la secrétaire de l'hôpital... » [MG5]*

### Continuité des soins palliatifs

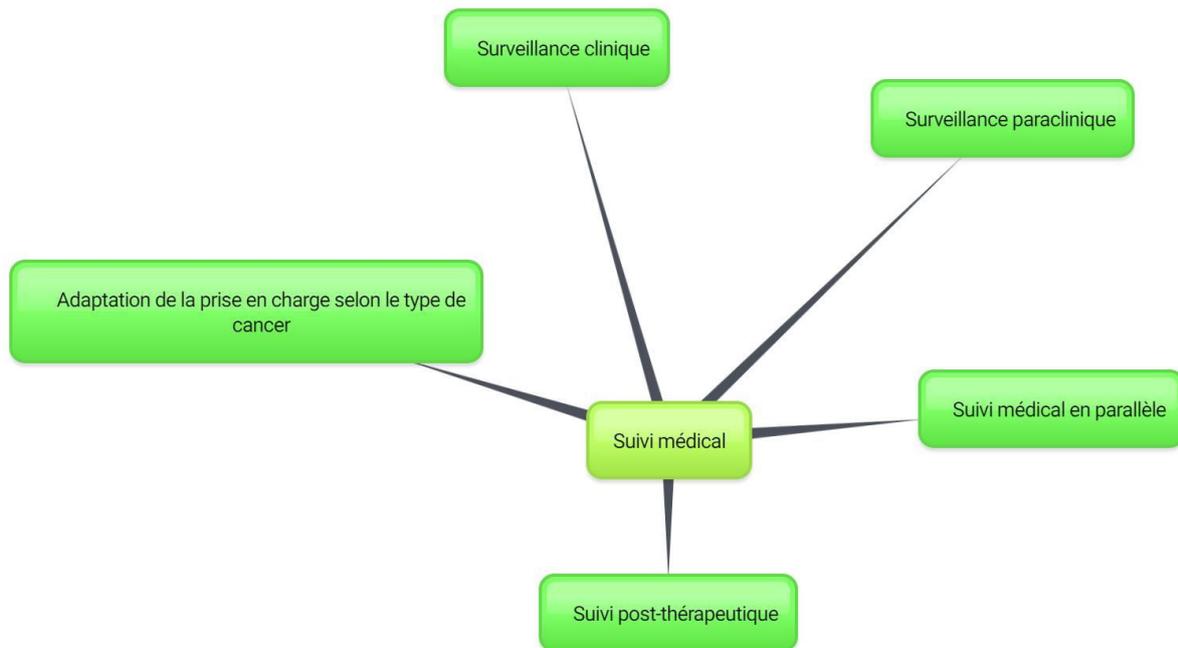
Plusieurs médecins intervenaient au domicile en fin de vie, certains de manière continue :

*« Dans ces cas-là quand c'est une fin de vie, je pense à une patiente en particulier, j'avais mon téléphone ouvert en permanence, donc ils avaient mon portable perso, ils pouvaient m'appeler n'importe quand, et j'y allais n'importe quand. » [MG6]*

*« Je leur dis appelez-moi si ça va pas dans la nuit et puis je viendrai » [MG2]*

# Suivi médical

Figure 5 : Suivi médical



created with [www.bubbl.us](http://www.bubbl.us)

Le suivi médical, par différents aspects, constituait une part importante de l'activité des médecins généralistes.

## Surveillance clinique

Un médecin a cité un exemple de question type en consultation :

« *Au niveau pulmonaire, est-ce que ça va, vous tousez, vous allez bien, vous n'êtes pas essoufflé* » [MG6]

## Surveillance paraclinique

La surveillance paraclinique, notamment biologique, est une tâche pleinement assumée par plusieurs des médecins généralistes interrogés :

« *En général c'est moi qui appelle : « ben là on est à 500 de neutro, il se passe quelque chose ? Vous avez de la fièvre ? »* » [MG7]

« *Oui bien sûr, ça fait partie. Je reconsidère pas que ce n'est pas de mon ressort et que c'est complètement géré par les spécialistes.* » [MG5]

La récupération de comptes rendus d'examens constituait même une priorité pour certains médecins :

« *Si j'ai pas, je vous l'ai dit, je crie. Ils le savent aussi. « Transmettez surtout au Docteur sinon ça va barder ». Je ne sais pas comment procèdent les autres mais moi je demande* » [MG1]

## Surveillance post-thérapeutique

Le suivi post-traitement a été également évoqué :

« Une fois que la cure est finie à la limite ils reviennent faire le point pour voir ce qu'il en est »  
[MG1]

« Après les suivis post traitement y en a beaucoup. J'ai beaucoup d'ALD » [MG2]

## Suivi médical en parallèle

Tous les médecins interrogés ont abordé leur implication concernant le suivi des autres pathologies :

« Si y a une infection, une inflammation, une douleur, je peux régulariser le traitement. »  
[MG1]

« On les garde souvent de vue. Sauf cas un peu spécifique où ils n'ont rien d'autre que ça. Mais c'est rare. » [MG4]

« Quand je les vois pour le renouvellement de l'ordonnance de l'hypertension par exemple »  
[MG6]

« Quand elles ont un cancer du sein, elles sont très demandeuses de faire des frottis, de vérifier que tout va bien. [...] C'est une forme de réassurance finalement qu'on peut comprendre je pense même si ça n'a rien à voir entre le sein et le col. » [MG7]

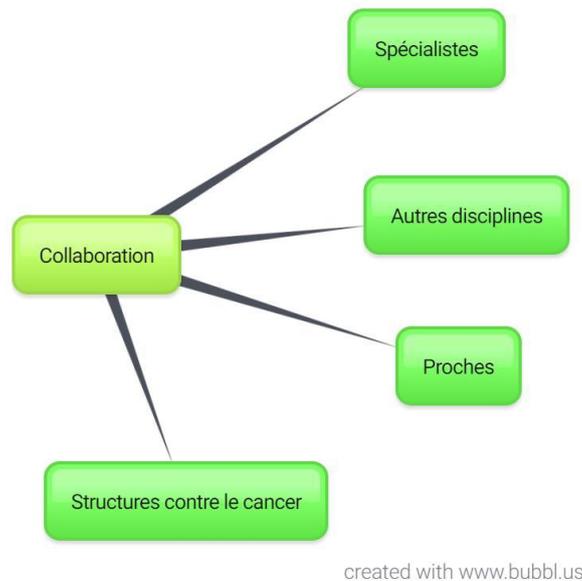
## Adaptation de la prise en charge selon le type de cancer

Certains médecins notaient une prise en charge différente selon le type de cancer :

« Un cancer du côlon très très limité qui va nécessiter simplement une ablation, une résection, qui n'aura pas de chimio, pas de radio, qui vient te voir et tout va bien, bien sûr qu'il va te demander moins d'intervention que quelqu'un qui a un cancer métastatique qui souffre le martyr. » [MG5]

# Collaboration

Figure 6 : Collaboration



La collaboration des médecins généralistes est multiple.

## Spécialistes

La collaboration avec les spécialistes a largement été développée au cours des entretiens.

Les médecins généralistes adressent les patients aux spécialistes lors d'une suspicion, après avoir réalisé les premières investigations :

*« Je ne pratique pas le principe de la patate chaude. C'est-à-dire que j'avance dans le diagnostic. De façon que lorsque le patient arrive chez le spécialiste, le spécialiste ait au moins quelques éléments en main pour pouvoir prendre une décision ou avancer dans son diagnostic » [MG6]*

Lors d'une suspicion de rechute également :

*« J'ai appelé sa gynéco pour qu'elle la revoie et qui m'a rappelée en me disant « on est rassuré, c'est une zone de nécrose, enfin une complication post-op pas méchante ». Bon, tant mieux » [MG7]*

Ou encore lors d'une complication :

*« Quand je suis amenée à les appeler c'est que j'ai un problème en général quand même et que j'ai besoin d'avoir des informations » [MG5]*

Les médecins généralistes et les médecins spécialistes peuvent être amenés à discuter pour éclaircir certains points, échanger des opinions ou des informations, s'arranger sur une conduite à tenir :

*« Et si c'est pas clair entre moi et ce que j'ai dans le courrier, dans ces cas-là c'est un motif pour que je rappelle le pneumo par exemple. » [MG3]*

*« Qu'on se pose des questions l'un l'autre. Des fois je dis « est-ce qu'il ne serait pas bon de tester ceci » ou « on s'arrête là » ... » [MG4]*

*« Ou juste pour dire « bah voilà, j'ai modifié le traitement », « son diabète se déséquilibre complètement, je l'ai foutu sous insuline » ... » [MG8]*

*« J'avais appelé l'urologue pour savoir qu'est-ce qui avait été dit, s'ils en avaient parlé, fin bon bref, donc on s'est mis d'accord sur une p'tite conduite à tenir » [MG3]*

Le téléphone était le moyen de communication le plus utilisé en cas d'urgence :

*« Si c'est très urgent je prends mon téléphone et j'appelle mon collègue, forcément. » [MG9]*

## Autres disciplines

Cinq médecins ont évoqué leur collaboration avec les paramédicaux :

*« Moi mon premier allié, c'est quand même l'infirmier. » [MG9]*

*« Les kinés du coin que je connais parce que je les appelle, on a interagi pour certains patients » [MG8]*

## Structures contre le cancer

Un médecin appréciait l'appui des structures contre le cancer :

*« J'aime bien adresser vers des structures comme la ligue contre le cancer. [...] On avait été visiter les locations de la Ligue contre le Cancer où ils avaient présenté leur façon de travailler aussi. Donc voilà, c'est aussi des partenaires vers qui j'adresse des patients. " [MG3]*

## Proches

Les proches peuvent amener au diagnostic comme le souligne ce médecin :

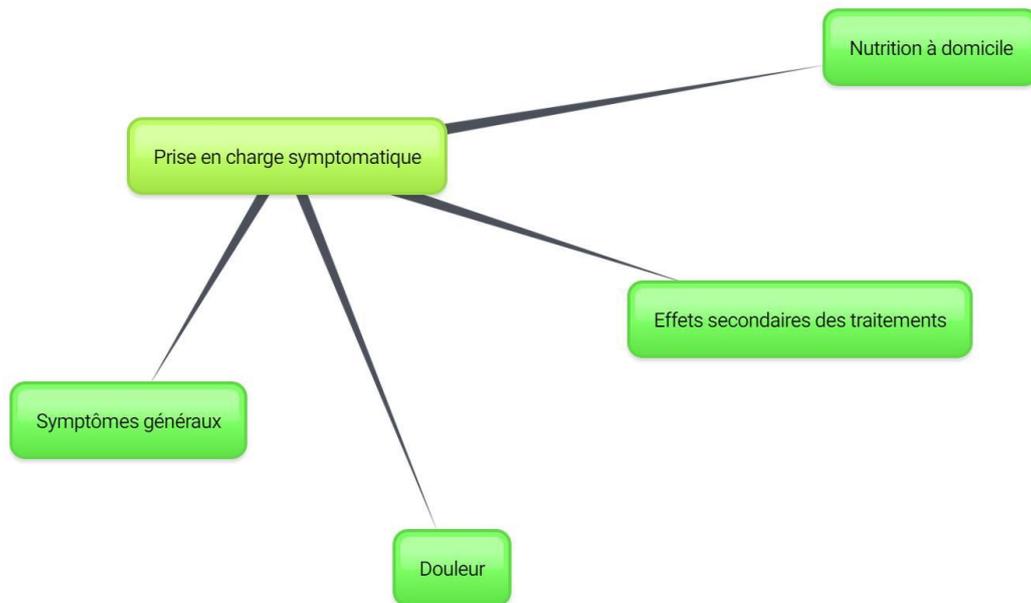
*« Je suis médecin de famille. Parfois je sais pourquoi la personne vient avant de la voir : « je vous attendais ». J'avais vu le frère ou la famille donc je savais qu'il y avait un problème. » [MG1]*

Ils peuvent également avoir des informations sur le vécu du patient de sa maladie :

*« Elle est super importante la relation avec la famille parce que, c'est souvent eux qui vont te donner beaucoup d'informations sur le vécu de la personne en elle-même, le vécu de l'entourage, je pense aux enfants, surtout sur les cancers du sein de leur maman, on a quelques exemples où c'est pas simple... » [MG5]*

# Prise en charge symptomatique

Figure 7 : Prise en charge symptomatique



created with [www.bubbl.us](http://www.bubbl.us)

Les médecins généralistes rapportaient une sollicitation importante des patients pour la gestion de leurs symptômes, secondaires à la maladie ou aux traitements.

## Symptômes généraux

L'asthénie était citée par un médecin :

« *La fatigue, la reprise du travail, ouais, tout le post-traitement je dirais. Et là on va avoir une action plus importante.* » [MG5]

## Douleur

Cette prise en charge a été abordée par six médecins :

« *Pour ajuster au mieux les anti-douleurs* » [MG8]

« *Il était dépendant aux morphiniques. Je m'en suis rendue compte.* » [MG7]

## Effets secondaires des traitements

La majorité des médecins interrogés évoquaient la gestion des effets secondaires des traitements anti-cancéreux.

Cela regroupe de nombreux symptômes :

« *Vomissements, asthénie, les diarrhées, les amaigrissements, la perte de cheveux, des saignements...* » [MG8]

Les médecins généralistes ont spécifié se renseigner :

« Je consulte la banque de données de Claude Bernard ou le Vidal ou les avis de transparence de l'HAS. Les effets secondaires sont rarement décrits dans les lettres. C'est plutôt moi qui vais chercher. » [MG4]

Un médecin rapportait un épisode où l'arrêt du traitement a été nécessaire :

« Elle a des douleurs partout. Elle va pas bien. Elle a des troubles digestifs. Elle a perdu 10 kg depuis le début de l'anastrozole avec un bilan bio et tout qui n'explique pas du tout la perte de poids. J'ai arrêté l'anastrozole. Elle a arrêté de maigrir. Donc c'était bien l'anastrozole. » [MG7]

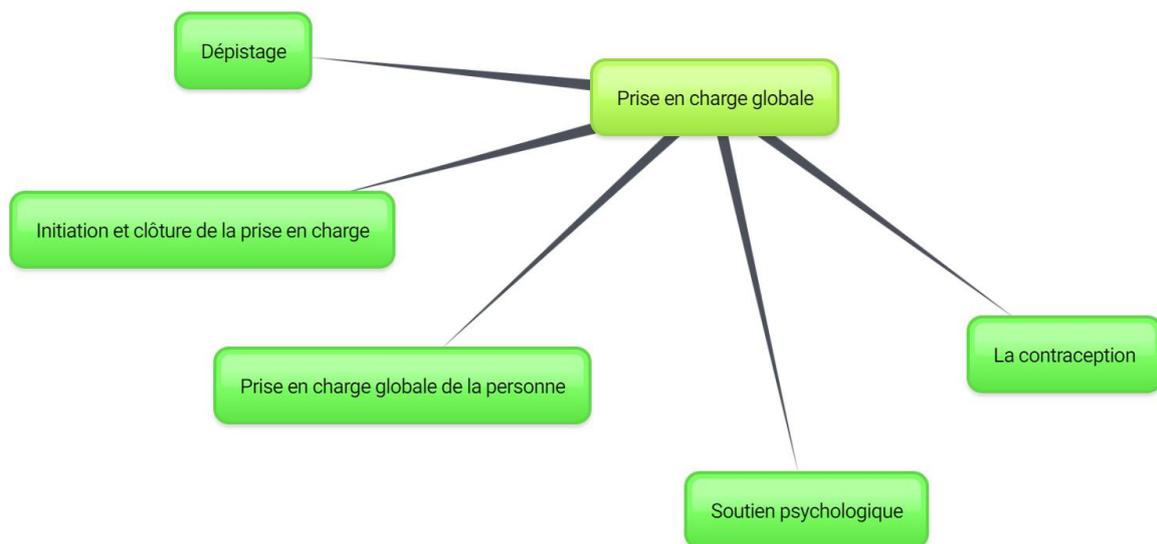
## Nutrition à domicile

La gestion de la nutrition artificielle a été évoquée par un médecin :

« Il y a des pathologies où j'interviens plus. C'est en particulier les patients qui bénéficient d'un traitement parentéral continu par exemple. Soit une alimentation parentérale ou entérale. Une alimentation artificielle. Quand il y a des gestes à faire. » [MG6]

## Prise en charge globale

Figure 8 : Prise en charge globale



created with [www.bubbl.us](http://www.bubbl.us)

## Prise en charge globale de la personne

Plusieurs médecins soulignaient l'aspect global de la prise en charge.

« Le médical c'est pas de l'allopathie puis point. La médecine en soi est bio-médico-sociale » [MG4]

« Pas uniquement accompagnement de la maladie, c'est pas simplement surveiller l'évolution de ce cancer, c'est techniquement, c'est aussi voir comment le patient vit dans sa vie de tous les jours, comment il le vit » [MG6]

Le quotidien du patient était pris en compte par le médecin :

« Les spécialistes, ce que je trouve dommage, ce qui nous manque parfois, qu'ils nous parlent des perruques par exemple, où est-ce qu'il faut les faire, par exemple, parce que c'est la vie du patient, tous les jours, même si les infirmières hospitalières ou les associations de patients donnent ces informations au patient. En fait on apprend par les patients. On fait son apprentissage avec les patients. [...] C'est très souvent à propos de ces petits côtés pratiques, c'est ce côté-là, c'est là-dessus qu'on discute avec les patients. » [MG6]

Les retentissements sur la vie intime étaient parfois évoqués en consultation :

« Quand il évoquait ses problèmes d'érection, qu'il n'avait plus du tout ben je trouvais très bien qu'elle ne soit pas là parce que moi je savais par elle qu'ils n'avaient plus de relation parce qu'il était trop douloureux, pas bien » [MG7]

## Initiation et clôture de la prise en charge

La prise en charge par les médecins généralistes apparaissait davantage en début et fin de maladie :

« On est plus actif dans la phase palliative et dans la phase diagnostique. » [MG4]

## Dépistage

L'ensemble des médecins généralistes participent au dépistage des cancers.

« Après il y a tout ce qui est dépistage qui est évidemment mis en route donc là c'était le cancer du sein pour octobre. On sait qu'on aura des relances pour le colon au mois de novembre. » [MG9]

Les avis étaient mitigés sur leur efficacité :

« Dans la majorité des cas je pense quand même que c'est le dépistage, que ce soit au niveau du cancer du côlon ou du sein, c'est les cancers qu'on va voir en priorité. C'est plutôt sur le dépistage, en priorité. » [MG5]

« Mais effectivement quand j'ai un test hémocult, sur le nombre de tests hémocult que j'ai eu, je n'ai jamais trouvé un cancer. J'ai toujours fait la colo, mes patients ont toujours accepté. Je n'ai jamais trouvé un cancer. » [MG7]

## Soutien psychologique

Le soutien psychologique a été un élément évoqué par la totalité des médecins interrogés.

Il s'agissait d'encourager le patient :

*« La difficulté c'est de préparer le patient et se dire derrière « bon, allez, faut qu'il s'accroche et qu'il veuille bien faire le suivi » [MG8]*

Ou encore d'écouter le patient lorsque la situation était de mauvais pronostic :

*« Ils ont droit de pleurer, ils ont droit de dire que c'est terrible, ils ont droit de dire qu'ils vont mourir et ça faut le mesurer » [MG7]*

La consultation offre la possibilité au patient d'exprimer ses inquiétudes spirituelles :

*« Tous ces plans de considération éthique, toutes ces questions spirituelles, je suis qui, d'où je viens, j'ai des choses à régler, ça par contre on aide quand même pas mal. » [MG2]*

Certains médecins exprimaient la difficulté de cette tâche :

*« Quand ils sont inquiets, très inquiets, ça nous prend beaucoup d'énergie pour essayer de trouver les termes les plus appropriés pour leur donner encore du jus » [MG1]*

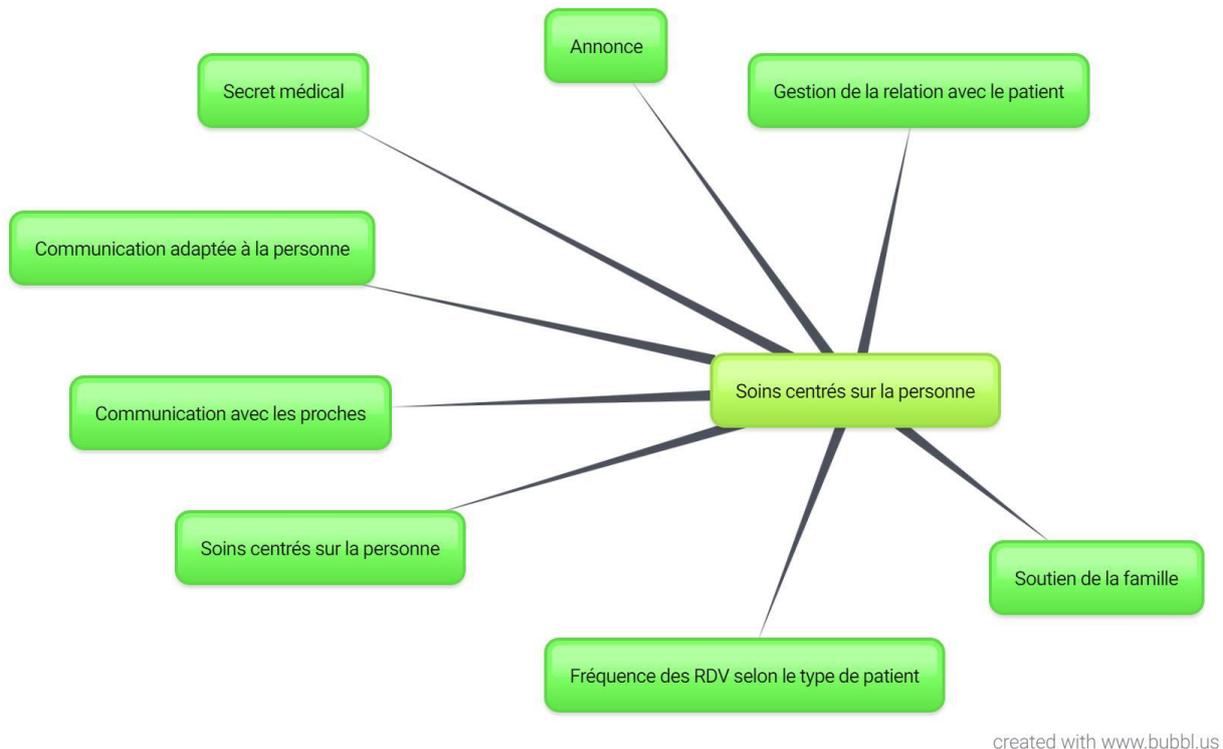
## Contraception

Un médecin expliquait intervenir sur le changement de contraception des patientes atteintes d'un cancer du sein.

*« Les femmes je les vois aussi, toutes ces femmes qui ont un cancer du sein, il faut enlever leur stérilet si c'est un Mirena, faut arrêter la pilule, faut mettre un stérilet au cuivre, faut parler de contraception. Elles disent toutes : « Oh c'est pas la peine parce que maintenant parce qu'on aura plus envie ». Ben je leur dis « mais la vie va recommencer un jour donc ... » [MG7]*

# Soins centrés sur la personne

Figure 9 : Soins centrés sur la personne



## Soins centrés sur la personne

L'adaptation des médecins à leurs patients est une compétence relatée à plusieurs reprises :

*« Y a des patients qui ont des pathologies extrêmement graves et qui te demandent jamais d'aide, qui sont pas demandeurs, et d'autres qui au contraire vont venir très facilement, qui auront besoin de toi très facilement je pense parce qu'on a tous un vécu différent de la maladie, du traitement, de la douleur, donc oui ça dépend forcément des patients. » [MG5]*

## Annonce

L'annonce de la pathologie a été souvent citée :

*« J'annonce aussi souvent le diagnostic. » [MG1]*

Une pré-annonce peut être réalisée :

*« Bien sûr que le gastro peut le dire et ça nous arrive aussi déjà d'évoquer le diagnostic et quand ça se confirme on est dedans. » [MG9]*

Plusieurs médecins ont noté l'importance de la consultation suivant l'annonce chez le médecin spécialiste :

« Le patient a droit à l'effet kiss cool, c'est-à-dire qu'il a droit à une deuxième annonce. Pourquoi je dis deuxième annonce, parce que c'est pendant ce deuxième entretien suivant l'annonce officielle que là il pose très souvent ses questions, et les vraies questions » [MG6]

## Communication adaptée à la personne

L'ensemble des médecins mesuraient l'importance d'une communication adaptée au patient :

« On a des gens qui ne veulent pas savoir et qui veulent attendre, ben il faut savoir attendre. » [MG9]

La notion de franchise était évoquée :

« Quand on me demande si ça peut être un cancer, je pense que mon rôle c'est de dire, oui effectivement, c'est à ça que j'ai pensé aussi » [MG7]

La compréhension du patient est recherchée par plusieurs médecins :

« Je pense que c'est au professionnel de faire en sorte que le patient ait compris. » [MG3]

Un médecin prévoyait des temps pour faire le point sur la situation :

« Savoir faire le point. Savoir on est à quel cycle de chimio. Il a besoin de repère dans le temps. Quelque fois c'est même intéressant de donner des RDV d'ici trois mois, six mois, de refaire le point pour reverbaler, redire ce qu'on a compris, où on en est, est-ce qu'on est dans le parcours prévu » [MG9]

## Adaptation de la fréquence des rendez-vous

Certains médecins ont dit adapter la fréquence des rendez-vous selon le type de patient :

« Si je sens qu'il a besoin de beaucoup venir, je vais le voir plus souvent » [MG3]

## Gestion de la relation avec le patient

Un médecin rappelait la nécessité de poser des limites dans cette relation soignant-soigné :

« Je pense que je dois rester à mon rôle. Je vais pas me surinvestir non plus. Parce que ça va mal finir. Du coup on sait que de toute façon il va finir par décéder donc de culpabiliser de la mort d'un patient qui est en stade terminal c'est sûrement pas la bonne attitude à mon avis. » [MG9]

## Communication avec les proches

Cette tâche délicate a été développée par de nombreux médecins :

« Y a des familles où de toute façon la question se pose même pas parce que tout le monde est au courant de ce qu'a le patient et ils savent où tout en est et moi j'ai plus qu'à conforter en gros les dires des confrères. Et puis y en a d'autres, où ça sait pas trop, on sait pas quel est le

*type de cancer, parfois ils savent même pas si c'est un cancer, juste qu'il va pas bien. C'est pas simple. » [MG8]*

*« Pas brusquer l'époux s'il ne veut pas savoir. Il doit savoir mais gentiment. Pas le lui mettre dans la figure. « Ecoutez, vous savez, préparez l'enterrement ». Après certains faut leur dire : « préparez tout. Parce que vous êtes pas loin de voir que ça va se terminer » [MG1]*

*« Les relations avec les proches, faut les cadrer un petit peu » [MG7]*

## **Soutien de la famille**

La famille nécessite une prise en charge plus ou moins marquée comme en témoignent plusieurs médecins :

*« Comme je savais que ça allait arriver, j'avais bien anticipé en amont, de parler des soins palliatifs, de la fin de vie de Monsieur avec sa femme en consultation, quand je la voyais toute seule, bien bien avant qu'il soit à ce stade-là. Donc elle avait déjà eu le temps de, voilà quoi. » [MG2]*

*« Un syndrome dépressif. J'ai eu celui d'une sœur qui a perdu son frère d'un cancer du côlon. [...] donc la sœur a fait une dépression sévère, oui. Elle a perdu sa maman dans la foulée, juste après les deux frères, donc, oui... » [MG7]*

## **Secret médical**

Trois médecins ont spontanément évoqué le secret médical :

*« Après le gros problème c'est le secret médical. C'est qu'est-ce qu'on peut dire, pas dire. » [MG8]*

*« Et c'est pas parce qu'on est conjoint ou fille ou fils qu'on a droit de tout savoir. Le secret c'est là aussi. » [MG7]*

## Prise en charge administrative et sociale

Figure 10 : Prise en charge administrative et sociale



created with [www.bubbl.us](http://www.bubbl.us)

Plusieurs tâches administratives et sociales ont été rapportées par les médecins interrogés :

### Tâches administratives

Ces tâches font partie intégrante du travail de médecin généraliste comme l'explique un médecin :

« Parce que nous sommes amenés à faire toute sorte de chose, à faire de l'administratif aussi. Ça fait partie du rôle du médecin. » [MG4]

### Accompagnement dans les diverses démarches

Le médecin peut être amené à aider le patient à remplir un questionnaire :

« Souvent les gens n'arrivent pas à répondre aux questionnaires des anesthésistes. Ils me demandent de le faire. Bah moi je le fais. C'est presque un rôle d'assistant social mais c'est médical parce qu'un bon questionnaire rempli réduit les risques anesthésiques donc ça fait partie de mon rôle. » [MG4]

### ALD

Deux médecins ont parlé de la demande d'ALD :

« Le spécialiste annonce à son patient que c'est une tumeur cancéreuse et qu'il faut qu'il aille voir son médecin traitant pour faire la demande à 100%. » [MG6]

### Arrêt et reprise de travail

Quelques médecins ont évoqué leur implication dans la vie professionnelle du patient :

« Ils viennent faire une prolongation d'arrêt de travail » [MG7]

« La fatigue, la reprise du travail, ouais, tout le post-traitement je dirais. Et là on va avoir une action plus importante. » [MG5]

## Certificat de décès

La rédaction du certificat de décès peut être du ressort des médecins généralistes :

« Ils m'ont appelé à 3h du matin. Je suis allé faire le certificat de décès à 7h du matin pour que la famille soit rapidement libérée des contraintes administratives. » [M6]

## Soins palliatifs

Figure 11 : Soins palliatifs



created with [www.bubbl.us](http://www.bubbl.us)

Les soins palliatifs ont été largement évoqués par l'ensemble des médecins interrogés, préjugant leur forte implication lors de cette phase du parcours de soins du patient atteint de cancer.

## Gestion des soins palliatifs

Plusieurs médecins se placent au cœur des soins palliatifs :

« La fin de vie c'est nous. » [MG5]

« La fin de vie, j'ai l'impression d'y trouver pleinement mon rôle. » [MG8]

## Reprise en main

Plusieurs médecins ont précisé cette notion de retour du médecin généraliste dans la prise en charge du patient en phase palliative :

*« Et après on les récupère quand les spécialistes on dit « soins palliatifs » » [MG2]*

Cette place peut être difficile à gérer comme le souligne un médecin :

*« Alors oui, au début mais quand ça finit après aussi quelque fois, là, l'histoire, vers la fin, c'est bizarre, on revient nous voir. C'est pas forcément facile, et pour le patient, et pour nous parce qu'on a l'impression qu'on a été délaissés et là d'un coup pour la fin de vie on devient subitement compétent parce que là, ben il peut avoir besoin de nous pour de la visite à domicile parce qu'il arrive en fin de parcours et là, oui, ça devient lourd et difficile à gérer. » [MG9]*

## Initiation des soins palliatifs

Cette phase pouvait être à l'initiative du médecin généraliste :

*« Parfois nous on est là pour dire « voilà, maintenant vos indications de traitement, ça n'a pas fonctionné. On va arrêter ». » [MG7]*

## Anticipation

Certains médecins expliquaient leur rôle dans l'anticipation des soins palliatifs :

*« Ils arrivent, ils me déposent leurs directives anticipées. Parfois ils me demandent d'être leur personne de confiance... Je trouve ça surprenant comme démarche. On en discute. » [MG2]*

*« Donc après, là, avec les directives anticipées et puis les souhaits de fin de vie, oui, on peut anticiper. Y a des gens qui veulent mourir chez eux et on va aller jusqu'au bout » [MG9]*

## Collaboration

Plusieurs médecins ont fait part de leur collaboration avec l'HAD qu'ils jugeaient à l'unanimité très satisfaisante voire indispensable :

*« C'est moi qui dois prescrire mais souvent je demande des conseils parce qu'ils s'y connaissent très bien, au niveau des posologies. » [MG4]*

*« C'est compliqué la fin de vie. Je me sens pas d'y aller tout seul. Faut vraiment qu'il y ait derrière l'HAD ou Appui Santé qui interviennent pour les prescriptions » [MG8]*

## Orientation en fin de vie

Certains médecins rapportaient les cas où l'orientation des soins palliatifs était de leur responsabilité :

*« J'avais temporisé, j'avais fait tout ce que j'avais pu faire à la maison et il avait besoin d'être hospitalisé » [MG3]*

Le choix des patients était respecté autant que possible :

*« C'est souvent le patient qui me dit ou la famille qui me dit « non, non, si on peut rester à la maison le plus longtemps possible ». Ce n'est pas la peine de l'anonymiser à l'hôpital. Mais on peut aussi avoir la situation inverse, lorsque c'est trop compliqué ou difficile, cliniquement, psychologiquement de rester à la maison » [MG6]*

### Soins à domicile

Les visites à domicile faisaient partie intégrante de cette prise en charge :

*« La phase palliative, oui, ouais, on va retrouver notre place. En particulier quand il y a une phase palliative à gérer à domicile où là on aura notre place, ouais. » [MG5]*

*« Je suis allée 5-6 fois le dimanche voir un petit peu. » [MG7]*

### Continuité des soins

La garantie de la continuité des soins apparaissait chronophage d'après différents témoignages :

*« Ce qui me bouffe pas mal de temps quand c'est le cas, puisqu'en général quand ça commence à s'accélérer comme ça je vois les patients tous les deux jours. Je les vois en visite tous les jours ou tous les 2 jours. » [MG8]*

*« Je suis allée 5-6 fois le dimanche voir un petit peu. » [MG7]*

### Gestes techniques

Un médecin a été amené à réaliser des gestes techniques particuliers dans ce cadre :

*« Cette patiente qui est décédée à 2 h ou 3h du matin, avec l'HAD, on devait lui faire une ponction d'ascite, c'était quelques jours avant son décès, j'ai été faire la ponction d'ascite avec les médecins de l'HAD [...] J'ai parlé une heure et demie avec elle, on a fait la ponction d'ascite, on a attendu que ce geste soit complètement terminé » [MG6]*

# Professionalisme

Figure 12 : Professionalisme



La prise en charge d'un patient atteint de cancer nécessite un recul sur sa pratique et une réactivation de ses connaissances que les médecins interrogés ont pu aisément illustrer.

## Recherche d'informations

Certains ont dit utiliser Internet pour s'informer :

*« J'utilise internet » [MG6]*

D'autres ont précisé s'informer via les confrères spécialistes :

*« Si j'ai un problème je vais me former avec mes correspondants. » [MG1]*

## Retour d'expérience

Un médecin a exprimé son besoin de partager des expériences difficiles avec ses confrères.

*« Des retours d'expérience, des retours d'échec aussi. Quand on a mal vécu ce qui s'est mal passé ou quand ça a merdé d'un bout à l'autre. On se le raconte, ça fait du bien. C'est difficile quand on se dit « mais j'ai complètement merdé », c'est pas ça qu'il fallait faire. » [MG7]*

## Formations

Certains médecins ont rapporté avoir réalisé un ou plusieurs D.U. :

*« Et puis je fais des formations. Je suis une accro aux D.U., j'en ai fait quelques-uns. J'ai fait Gynéco, Pratique ambulatoire en hématologie, Douleur et là je suis en train de faire celui des Soins Palliatifs. » [MG2]*

Plusieurs médecins ont notifié leur intérêt pour la formation médicale continue via différents organismes :

*« Moi je trouve que j'ai fait 25 ans de formation médicale continue. Une des façons les plus simples c'était par spécialité de refaire des topos régulièrement sur des nouveautés thérapeutiques et des prises en charge de cancer et là on avait une découverte et une relation confraternelle. » [MG9]*

L'inscription à des revues médicales a été régulièrement citée :

*« Je suis abonnée à Prescrire depuis mes 25 ans, peut-être ma meilleure source » [MG7]*

# Discussion

## Limites

### Biais d'information

Il existait un biais d'information par une possible extraction imparfaite des données. Le double codage permettait de réduire ce biais sans l'annuler complètement.

### Biais de confusion

L'étape de codification a été réalisée manuellement avec une subjectivité propre à chaque individu. Cette interprétation individuelle pouvait entraîner des biais de confusion en classant une donnée dans un code inadapté. Ce biais a été également réduit par le double codage.

### Biais d'analyse et d'interprétation

Cette étude étant réalisée par deux internes en médecine, il s'agissait d'un premier travail de recherche. Il est possible que l'analyse des résultats et l'élaboration du codage aient été biaisés par ce manque d'expérience. Cependant la supervision par un groupe de recherche et deux chercheurs seniors (un sociologue et un médecin) a permis de réduire ce biais.

## Synthèse des résultats

### Hypothèse de recherche

L'ensemble des données collectées au cours de ce travail n'est pas décrit dans la littérature. L'hypothèse de recherche est confirmée.

### Données connues

Parmi les rôles des médecins généralistes relevés dans cette étude, certains ont déjà constitué des sujets de recherche.

### Dépistage

Le dépistage fait régulièrement l'objet d'études, notamment pour les cancers les plus fréquents : le cancer de la prostate (15) et le cancer du sein (16) pour n'en citer que deux. Cependant, sur ce type d'études, ce n'est pas l'action des médecins généralistes qui est analysée. Quelques recherches ont observé l'implication des médecins généralistes à cette étape. L'étude de la sensibilisation et de la formation des médecins généralistes au dépistage du cancer colorectal en est un exemple (17)(18).

### Diagnostic

Il est admis que les médecins généralistes, acteurs en soins primaires, soient à l'origine du diagnostic de nombreux cancers (19)(20). Cette étude danoise (21) considère que 85% des patients atteints de cancer initient leur voie de diagnostic en médecine générale.

## **Annonce**

Les médecins généralistes sont les référents de proximité au moment de l'annonce du diagnostic de cancer. Ils sont considérés comme l'un des partenaires du dispositif d'annonce (7)(22).

## **Coordination**

L'optimisation de la prise en charge des patients atteints de cancer par les médecins généralistes a déjà été étudiée, notamment concernant les symptômes d'alerte (23). La difficulté de la continuité des soins dans le parcours cancer a déjà été soulignée. Cette étude évoque même le terme d'interruption de soins du médecin traitant une fois le patient pris en charge par les médecins spécialistes. Ces derniers gèrent alors les comorbidités (24). Les résultats de cette thèse montrent pourtant un attachement des médecins généralistes à coordonner les soins et à gérer les comorbidités.

## **Collaboration**

L'articulation ville-hôpital est un des objectifs du plan Cancer III (9). La loi HPST « Hôpital, patients, santé, territoires » de 2009 (25) souhaite renforcer le rôle de coordinateur et de collaborateur des médecins généralistes, prenant tout son sens dans la prise en charge du cancer comme le souligne l'oncologue Dr Rougé-Bugat (26). Cette étude française cherche à recueillir l'avis des médecins sur leurs modalités de collaboration avec les équipes spécialisées d'oncologie (27). Cette collaboration existe mais le sentiment de subordination des médecins généralistes est important. Ils réclament une répartition plus équilibrée, leurs compétences étant complémentaires de celles des spécialistes (compétences relationnelles, grande disponibilité d'écoute).

## **Prise en charge symptomatique**

La gestion de la douleur passe par les médecins généralistes. C'est pourquoi cette étude a cherché à tester un outil d'évaluation de la douleur dans cette population de professionnels de santé (28). Avec l'essor des nouvelles thérapeutiques, le suivi des patients demande une implication croissante, en particulier pour la prise en charge des effets indésirables (29). Nombreux médecins généralistes souhaiteraient une consultation systématique pour tout patient débutant un traitement anti-cancéreux (30).

## **Suivi post-thérapeutique**

Il est désormais établi pour certains types de cancer que le suivi à distance soit réalisé par les médecins généralistes. C'est le cas du cancer du sein. Les résultats en sont satisfaisants (31).

## **Soins palliatifs**

Plusieurs études comme cette étude française (32) confirment l'implication des médecins généralistes dans les soins palliatifs.

## **Données nouvelles**

D'autres activités des médecins généralistes dans le parcours cancer ont été décrites dans cette thèse. Actuellement rares sont les études qui les ont évoquées ou observées.

Il s'agit des données suivantes :

- Urgences

- Gestes techniques
- Suivi médical en parallèle
- Soutien psychologique
- Communication
- Prise en charge globale
- Soins centrés sur la personne
- Prise en charge administrative
- Formation

Thèses et littérature d'opinion abordent parfois ces points :

Une enquête réalisée en partenariat avec la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) (33) a tenté de décrire l'implication des médecins généralistes et leurs difficultés dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Peu ont été formés à l'oncologie. Les médecins interrogés rapportaient les mêmes sources de formations que celles décrites dans cette étude : formations diplômantes (DU), séances de formation médicale continue. L'autre point majeur de l'enquête était la demande des généralistes d'un renforcement des échanges avec l'hôpital.

Le dispositif d'annonce défini par le Plan Cancer 2014-2019 n'intègre pas la phase préparatoire à l'annonce réalisée par les médecins généralistes. Cette phase de pré-annonce concerne pourtant nombre de médecins généralistes dont la majorité la prépare, d'après cette thèse toulousaine (34).

*La revue du praticien médecine générale*, citée dans les entretiens comme source d'information, édite régulièrement des dossiers sur des pathologies néoplasiques (n°991 Leucémies aiguës myéloïdes ; n°995 Myélome multiple).

La thèse de François-Maxence Le Guerlédan (35), également inscrite dans le projet CoCangen, a souligné les compétences des médecins généralistes, complémentaires de celles des médecins spécialistes pour les patients atteints de cancer. Leur prise en charge globale, individualisée et adaptée au réseau de proximité est un atout majeur.

### Confrontation des opinions entre médecins généralistes et spécialistes

Le manque de communication entre médecins généralistes et spécialistes n'est pas un phénomène uniquement français comme l'illustre cette étude néerlandaise (36). Pourtant, les résultats de cette thèse et de celle interrogeant les oncologues et spécialistes d'organes ont de nombreuses correspondances.

Les médecins spécialistes ont nommé certains détails : les médecins généralistes se constituaient un réseau de spécialistes selon différents critères (expérience, connaissance antérieure). Ils les interrogeaient parfois concernant une limitation de soins chez la personne âgée. Ils pouvaient être le référent médical de cette population de patients. Les médecins généralistes donnaient des informations socio-environnementales sur le patient aux médecins

spécialistes. Ils les avertissaient lorsqu'ils ajoutaient un traitement. Certains médecins généralistes souhaitaient travailler seuls.

Les médecins spécialistes n'ont cependant pas évoqué les gestes techniques réalisés par les médecins généralistes. La collaboration des médecins généralistes avec les autres disciplines, les proches et les structures contre le cancer n'a pas été décrite. La prise en charge administrative et sociale n'a pas été détaillée. La demande d'ALD a été abordée mais les autres notions, notamment la reprise du travail, n'ont pas été soulevées. Bien que le champ des compétences « soins centrés sur la personne » et « prise en charge globale » n'ait pas été autant développé que par les médecins généralistes, certains points ont été cités : le dépistage, l'annonce, le soutien psychologique du patient et des proches, la prise en charge des autres pathologies.

## **Apports**

### **Richesse du rôle des médecins généralistes**

Cette thèse décrit la multitude d'actions des médecins généralistes pour les patients atteints de cancer. L'implication réelle des médecins généralistes est clarifiée à l'heure où leurs compétences sont de plus en plus sollicitées par les mesures de lutte contre le cancer.

### **Notions inattendues**

Certains rôles décrits dans cette thèse se démarquent par leur singularité. La gestion de l'urgence, la réalisation de gestes techniques, la part administrative non négligeable, ne sont pas décrites dans la littérature. La prise en charge globale et les soins centrés sur la personne dans le cadre du cancer n'ont pas fait l'objet d'études.

## Conclusion

L'objectif de cette étude était de décrire la pratique médicale des médecins généralistes pour les patients atteints de cancer. Les médecins généralistes interviennent tout au long du parcours cancer. Ils sont les principaux acteurs des soins primaires. Ils coordonnent la prise en charge, assurent le suivi médical. Ils collaborent avec les autres professionnels de santé et les proches des patients. Nombreuses consultations sont dédiées à la gestion des symptômes inhérents à la maladie ou aux traitements. Ils apportent une aide administrative et sociale. Ils ont un rôle important en phase palliative, notamment à domicile. Leur prise en charge est globale, avec des soins centrés sur la personne. Ils remettent en question leur pratique et se forment régulièrement.

Ces données ont été collectées à partir de neuf entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans le Finistère. Cette étude qualitative s'inscrit dans le protocole CoCanGen et a été réalisée en miroir d'une étude interrogeant les oncologues et spécialistes d'organes.

Nous avons observé un partage d'opinions important entre médecins généralistes et spécialistes sur la prise en charge des médecins généralistes pour les patients atteints de cancer.

Les compétences des médecins généralistes sont complémentaires de celles des médecins spécialistes. A l'heure du virage ambulatoire, leurs aptitudes sont fortement sollicitées. Pourtant leurs missions sont moins clarifiées, ne s'appuyant pas sur des protocoles à l'instar des médecins spécialistes.

Les difficultés majeures rapportées par les médecins généralistes interrogés étaient le manque de formation à l'annonce et la difficulté de coordination avec un manque de temps et de moyens humains.

Le développement de réseaux facilitant l'articulation ville-hôpital paraît incontournable à une meilleure prise en charge du patient atteint de cancer.

## Bibliographie

- (1) Organisation Mondiale de la Santé. Cancer. Disponible à : <https://www.who.int/topics/cancer/fr/>. (Consulté le 25/03/2019)
- (2) Cowppli-Bony A, Colonna M, Ligier K et al. Épidémiologie descriptive des cancers en France métropolitaine : incidence, survie et prévalence. Bull Cancer. Sous presse. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2018.11.016> (Consulté le 02/04/2019)
- (3) Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002. Disponible à : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> (Consulté le 07/04/2019)
- (4) Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du DES. 2012. Disponible à : [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/) (Consulté le 07/04/2019)
- (5) Compagnon L, Bail P, Huez J-F et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer 2013;108:148-55. Disponible à : <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/Outils%20p%C3%A9dagogiques/S%C3%A9minaires%202013/S1/Biblio/2013%20D%C3%A9finition%20comp%C3%A9tences%20MG%20Compagnon%20Exercer%20108.pdf> (Consulté le 07/04/2019)
- (6) Collège de la Médecine Générale. Cancer et médecine générale. Disponible à : <https://lecmg.fr/cancer-et-medecine-generale-2/> (Consulté le 07/04/2019)
- (7) Rougé-Bugat M-E, Lognos B, Ferrat E. Prise en charge des patients atteints de cancer en médecine générale. Exercer 2017;137 suppl 1:3S-5S.
- (8) Campbell NC, MacLeod U, Weller D. Primary care oncology: essential if high quality cancer care is to be achieved for all. Fam Pract 2002;19:577-8.
- (9) Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan Cancer 2014-2019. 2015. Disponible à : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019> (Consulté le 07/04/2019)
- (10) Frèche B, Jarry J-L. Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou Charentes. Cancer et médecine générale. 2014. Disponible à : [http://www.cogemspc.fr/dmg/commission\\_recherche/tableau\\_cancer.pdf](http://www.cogemspc.fr/dmg/commission_recherche/tableau_cancer.pdf) (Consulté le 07/04/2019)
- (11) Ingrand I, Rolland-Lozachmeur G. Cancéropôle Grand Ouest. Travaux de recherche Groupe prévention-dépistage. 2015. Disponible à : <http://www.canceropole-grandouest.com/files/pdf/Diapo-I-Ingrand.pdf> (Consulté le 07/04/2019)
- (12) Glaser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory. 1967. Disponible à : [http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser\\_1967.pdf](http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf) (Consulté le 14/04/2019)

- (13) Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique 1994 ; 23 :147-181. Disponible à : <http://www.fractale-formation.net/dmdocuments/lanalyse-par-th%C3%A9orisation-ancr%C3%A9e-P-Paill%C3%A9.pdf> (Consulté le 14/04/2019)
- (14) Meyor C. La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité. Recherches qualitatives 2005;25:25-42.
- (15) Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;1(CD004720). Disponible à : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004720.pub3> (Consulté le 30/04/2019)
- (16) Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;6(CD001877). Disponible à : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub5>
- (17) Rat C, Pogu C, Le Donné D et al. Effet de la notification au médecin généraliste traitant sur la participation au dépistage du cancer colorectal par test immunologique fécal. Exercer 2017;138:444-5.
- (18) Aubin-Auger I, Laouénan C, Mercier A et al. Efficacité d'une formation à la communication à propos du dépistage du cancer colorectal. Exercer 2014;115(suppl 2):S52-S53.
- (19) Purdie S, Creighton N, White KM et al. Pathways to diagnosis of non-small cell lung cancer: a descriptive cohort study. Prim Care Respir Med 2019;29(2). Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30737397> (Consulté le 01/05/2019)
- (20) Scheel BI, Ingebrigtsen SG, Thorsen T, Holtedahl K. Cancer suspicion in general practice: the role of symptoms and patient characteristics, and their association with subsequent cancer. Br J Gen Pract 2013;63(614):e627-35. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23998843> (Consulté le 01/05/2019)
- (21) Toftegaard BS, Bro F, Falborg AZ, Vedsted P. Impact of a continuing medical education meeting on the use and timing of urgent cancer referrals among general practitioners - a before-after study. BMC Fam Pract 2017;18:44. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0607-3> (Consulté le 01/05/2019)
- (22) Couraud Laouisset C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Paris 7. 2011. Disponible à : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3525\\_THESE-COURAUD.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3525_THESE-COURAUD.pdf) (Consulté le 01/05/2019)
- (23) Rubin GP, Saunders CL, Abel GA, McPhail S, Lyratzopoulos G, Neal RD. Impact of investigations in general practice on timeliness of referral for patients subsequently diagnosed with cancer: analysis of national primary care audit data. Br J Cancer 2015;112:676-687. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.634> (Consulté le 01/05/2019)
- (24) Aubin M, Giguère A, Martin M et al. Interventions to improve continuity of care in the follow - up of patients with cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews

2012;7(CD007672). Disponible à : <http://doi.org/10.1002/14651858.CD007672.pub2> (Consulté le 01/05/2019)

(25) Ministère des affaires sociales et de la santé. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009. Disponible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475> (Consulté le 01/05/2019).

(26) Rougé Bugat M-E, Loste F, Oustric S, Bauvin E. La place du médecin généraliste au sein d'un réseau régional de cancérologie. 2012. Disponible à : <http://www.canceraquitaine.org/sites/default/files/documents/RCA/JR/jr-2012/matin/06-MERougeBugat-MGauseinduRRC-oncomip.pdf> ( Consulté le 01/05/2019)

(27) Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer: quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? Prat Organ Soins 2009;40(3):191-196.

(28) Setoain A, Saussac-Pietri C, Charrazac-Raynaud S, Burucoa B. Face aux douleurs complexes liées au cancer, analyse critique d'un outil d'évaluation par des médecins généralistes du Pays Basque en 2016. Revue internationale de soins palliatifs 2018;33:7-13.

(29) Rougé-Bugat M-E, Gimenez L, Druel V, Boussier N. Le médecin généraliste face aux nouvelles thérapeutiques anticancéreuses. Exercer 2017;137:404-11.

(30) Toutirais G, Kerrouault E. Consultation systématique programmée auprès du médecin traitant pour le patient cancéreux en cours de traitement. Exercer 2016;127:212-3.

(31) Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. Br J Gen Pract. 1999;49:705-710. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313497/> (Consulté le 01/05/2019)

(32) Fougère B , Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. Médecine Palliative 2012 ;11:90-97. Disponible à : <https://www.em-consulte.com/en/article/706108> (Consulté le 01/05/2019)

(33) Rey D, Lescher S, Paraponaris A et al. Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital. Etudes et Résultats 2017;1034:1-8. Disponible à : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1034.pdf> (Consulté le 04/05/2019)

(34) Berges M. La pré-annonce de cancer en médecine générale : état des lieux et analyse. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Toulouse. 2018. Disponible à : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2494/1/2018TOU31135.pdf> (Consulté le 05/05/2019)

(35) Le Guerlédan F-M. Implication des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients atteints d'un cancer. Étude qualitative menée auprès de médecins généralistes du

Finistère. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2017. Disponible à : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01613068> (Consulté le 07/04/2019)

(36) Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schulling J. How do GPs and specialists assess their mutual communication? A survey. *Exercer* 2010;90(suppl1):52S-3S.

## Annexes

### Grille d'entretien étude COCANGEN

#### MG

Date de l'entretien	
Intervieweur/euse	
Identifiant médecin	
Caractéristiques	Sexe : Date de naissance : Date de début d'exercice : Commune d'exercice : Modalités d'exercice : (seul ou en groupe (combien ?), MDS, etc.)

Conditions de réalisations de l'entretien :

- ➔ Objectif de recherche, anonymat, confidentialité
- ➔ Paroles libres, personnelle, centrée sur la pratique, enregistrée

Thématiques	Questions	Observations
<b>Prise en charge d'un.e patient.e atteint de cancer</b>	<b>Dépistage</b> Une partie de vos consultations concernent les patients atteints de cancer. Comment vos patient.es ont-ils/elles découverts qu'ils/elles étaient atteint.es de cancer ?  ➔ La découverte de la maladie s'est-elle faite via une suspicion de votre part, un dépistage proposé, fortuitement ?  ➔ Vous arrive-t-il souvent de proposer les premières investigations à vos patient.es ?  ➔ Vous arrive-t-il de faire l'annonce de la maladie à vos patient.es ?  <b>Traitement, Parcours d'un.e patient.e</b>  Une fois la maladie identifiée, pouvez-vous décrire le parcours du/de la patient.e ?  Ce parcours diffère-t-il selon les cancers (et donc les modes d'investigations) ?	

	<p>Durant ce parcours, intervenez-vous plus ou moins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à certains moments ? Quand ?</li> <li>- selon vos patient.es ? Lesquel.les ?</li> <li>- selon les pathologies ? Lesquelles ?</li> </ul> <p>Au cours de ce parcours, comment qualifier votre rôle de MG auprès de vos patient.es ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ effectuez-vous un accompagnement qui, selon vous, dépasse le simple aspect médical de la maladie ? Sur quels aspects ?</li> <li>➔ Quelles relations avez-vous avec les proches de vos patient.es atteint.es de cancer ?</li> </ul> <p><b>Suivi</b></p> <p>Une fois le traitement terminé, vous impliquez-vous auprès des patient.es pour son suivi (bilans bio, radios, etc.), ou dans la fin de vie (prescriptions de morphine, accompagnement, etc.) ?</p>	
<p><b>Relations avec les spécialistes</b></p>	<p>Lorsque vous adressez un.e patient.e à un.e spécialiste, comment le choisissez-vous (et par quel biais le contactez-vous) ?</p> <p>Comment se déroulent les relations avec les spécialistes ? (coopération, concertation, articulation juxtaposition, compétition, subordination...)</p> <p>Comment échangez-vous avec eux (selon quels canaux et quelle fréquence) ? Quels sont les contenus de vos échanges ?</p> <p>Quand est-ce que vos patient.es sont amené.es à consulter le plus les spécialistes ? ((dépistage, annonce, choix de l'équipe traitante, suivi de la phase active du traitement, rechute, fin de vie...)) ?</p> <p>Les consultations et vos relations avec les spécialistes varient-elles selon les périodes de la maladie ?</p>	

	<p>Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de la collaboration avec les spécialistes et autres professionnels ?</p>	
<p><b>Informations disponibles, formations</b></p>	<p>Disposez-vous des informations nécessaires au bon suivi des patient.es (notamment en ce qui concerne les effets secondaires des traitements) ?</p> <p>Quelles procédures utilisez-vous pour rechercher ou collecter des informations ?</p> <p>Quels documentations et informations avez-vous à votre disposition ? (supports et contenus, sur la maladie, sur la relation au malade et aux proches, sur le système de santé...)</p> <p>Quels seraient vos besoins en termes d'informations et d'échange avec les spécialistes ?</p> <p>Avez-vous suivi une formation en cancérologie ou une autre formation spécifique en lien avec le cancer ?</p>	
<p><b>Difficultés</b></p>	<p>Quelles difficultés et problèmes rencontrez dans le cadre de vos consultations cancers ?</p> <p>Qu'auriez- vous besoin pour vous aider dans vos difficultés?</p>	

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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 le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Th. : Méd. : Brest 2019

**RÉSUMÉ :**

**Introduction**

Les médecins généralistes ont de nombreuses compétences entrant dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Le Plan Cancer III (2014-2019) tend à promouvoir leur implication. Leur réelle pratique médicale dans le cancer n'a pourtant fait l'objet d'étude jusqu'alors. L'objectif de cette étude était de décrire la pratique médicale des médecins généralistes pour les patients atteints de cancer.

**Méthode**

Etude qualitative pilotée par le protocole CoCanGen. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes finistériens. L'analyse était thématique issue de la théorisation ancrée avec un double codage à chaque étape.

**Résultats**

Un échantillonnage avec recherche d'exhaustivité des critères a été effectué. La saturation des données a été obtenue après la réalisation de neuf entretiens au cours de la période octobre 2017-octobre 2018. L'analyse a permis de décrire une pratique médicale riche des médecins généralistes pour les patients atteints de cancer. Ils interviennent en amont puis tout au long du parcours cancer avec une forte implication à la phase diagnostique et à la phase palliative. Nombreuses compétences spécifiques à la médecine générale sont sollicitées : soins primaires, coordination, collaboration, prise en charge globale, soins centrés sur la personne, professionnalisme. Ils assurent le suivi médical, en gérant les symptômes de la maladie ou des traitements mais aussi les autres pathologies du patient. Les aspects administratifs et sociaux composent également leur exercice.

**Discussion**

Cette étude a révélé des domaines d'exercice dépassant ceux attendus des médecins généralistes dans le parcours cancer. Leurs compétences sont globalement reconnues par les médecins spécialistes. Leurs missions sont variées mais peu codifiées. Il persiste des difficultés majeures d'articulation ville-hôpital. Le développement de réseaux de soins est à promouvoir pour une meilleure coordination des soins du patient atteint de cancer.

**MOTS CLES** : Cancer, médecine générale, pratique médicale, médecins généralistes, médecins spécialistes, CoCanGen, analyse thématique

**JURY :**

Président : Professeur Jean-Yves LE RESTE

Membres : Docteur Guillaume FERNANDEZ

Docteur Patrice NABBE

Docteur Jérémy DERRIENNIC

Docteur Camille VERNET

**DATE DE SOUTENANCE** : 27 juin 2019