



HAL
open science

Que font les médecins généralistes dans la prise en charge des patients atteints de cancer selon les oncologues et spécialistes d'organes ?

Metig Dorval

► To cite this version:

Metig Dorval. Que font les médecins généralistes dans la prise en charge des patients atteints de cancer selon les oncologues et spécialistes d'organes ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02189143

HAL Id: dumas-02189143

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02189143>

Submitted on 19 Jul 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**

Par

Mme Metig DORVAL

Née le 3 avril 1990 à Carhaix (Finistère)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 JUIN 2019

**Que font les médecins généralistes dans la prise en charge des
patients atteints de cancer selon les oncologues et spécialistes
d'organes ?**

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	Ophthalmologie
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

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} 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^{ème} Classe

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraid	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

Professeur des Universités

BORDRON Anne Biologie cellulaire

Professeur des Universités Associé (à mi-temps)

METGES Jean-Philippe Cancérologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie

LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LE VEN Florent	Cardiologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
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
MIGNEN Olivier
MORIN Vincent

Biologie cellulaire
Physiologie
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
Ministère des Armées)

Maîtres de stage universitaires-référents

LE COAT Anne

Médecine Générale

SCELLOS Olivia

Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le **Professeur Jean-Yves LE RESTE**. Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse. Merci pour votre disponibilité, votre bienveillance et vos conseils avisés. Soyez assuré de notre gratitude et de nos sincères remerciements.

A Monsieur le **Docteur Guillaume FERNANDEZ**. Merci pour votre aide dans ce travail. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

À Messieurs les **Docteur Patrice NABBE** et **Docteur Jérémy DERRIENNIC**, d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de notre sincère respect.

À Madame le **Docteur Camille VERNET**, d'avoir accepté d'être membre du jury mais également de participer à ce travail. Veuillez recevoir nos sincères remerciements.

Un grand merci à tous les médecins spécialistes qui ont participé à ce travail en acceptant de répondre à mes questions.

À ma famille : mes parents, pour votre soutien et accompagnement de chaque instant, à Gwen et Jo, pour notre complicité, votre présence, votre joie de vivre. A Loeïza, que cela t'inspire pour ta future vocation de docteur, vétérinaire, architecte ou ce que tu voudras. Une pensée pour mes grands-parents.

A Anne-Samia, co-thésarde, consœur de longue date. Que de chemin parcouru depuis Saint Kadou, on peut être fières de nous. J'espère vivre encore de nombreuses aventures à tes côtés, affaire à suivre !

A Marie qui m'a accompagnée une bonne partie de ces études entre la BU et le TKB, des monts d'Arrées à Kunming, pour ton amitié.

A Sabie, à Elise, Elsa, Audrey, Doriane, mes collocs/anciens collocs, à Antoine, à Mathilde, à Brice, à toutes les personnes qui m'ont soutenues, accompagnées pendant toutes ces années.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
METHODE.....	11
1) Choix de la méthode.....	11
2) Guide d’entretien	11
3) Critères de recrutement des interviewés	11
4) Déroulement des entretiens	12
5) Transcription des entretiens.....	12
6) Méthode d’analyse des résultats.....	12
RESULTATS	14
1) Description des entretiens	14
2) Caractéristiques des médecins interrogés.....	14
3) Analyse des résultats.....	15
DISCUSSION.....	28
1) Synthèse des résultats.....	28
2) Limites :	31
3) Apports.....	31
CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAPHIE	33
ANNEXES	35
Annexe n°1 : Guide d’entretien	35
RESUME	38

INTRODUCTION

Le cancer est une maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins, à se détacher de la tumeur et à migrer par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (métastase)(1).

En France, le taux d'incidence du cancer et le taux de mortalité entre 2010 et 2018 ont tendance à baisser. Cette diminution serait due aux diagnostics plus précoces et aux progrès thérapeutiques (2). On peut affirmer qu'aujourd'hui plus d'une personne sur deux guérit après un diagnostic de cancer (3). Malgré ces progrès, en 2018, on comptait encore 382 000 nouveaux cas et 157 400 décès par cancer en France. Le cancer représente la première cause de mortalité en France, devant les maladies cardiovasculaires. C'est également la première cause de mortalité prématurée (survenant avant 65 ans) avec 38 % des décès chez l'homme et près de la moitié (46,6%) chez la femme, ce qui explique l'image traumatisante de la maladie et son impact sociétal majeur(4).

La médecine générale est une spécialité médicale prenant en charge le suivi durable, le bien-être et les soins médicaux généraux primaires, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires, de premier recours.

On définit classiquement le médecin de premier recours comme un médecin qui peut donner une réponse pour 90 % des patients, dans 90 % des situations et dans 90 % du temps. (5) Il est en première ligne dans la prise en charge du patient atteint de cancer. Il a pour rôle d'assurer une assistance psychologique, de dépister et traiter autant que possible en ambulatoire les effets secondaires des thérapeutiques entreprises, de diagnostiquer une récurrence locorégionale ou métastatique et d'encadrer la fin de vie (6) le tout en coordination avec les acteurs hospitaliers du parcours de soin.

La prise en charge du cancer est pluri-disciplinaire et peut faire intervenir de nombreux médecins en fonction du type et des stades de la maladie : chirurgien spécialisé en cancérologie, spécialiste de la chimiothérapie et des autres traitements médicaux du cancer (oncologue médical), radiothérapeute (oncologue radiothérapeute) ou spécialiste d'organe (gastro-entérologue, pneumologue, etc.). Leur rôle consiste à réaliser des bilans initiaux, à proposer différents types de traitement (chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée...), à instaurer et suivre le traitement, à en traiter les éventuels effets indésirables lors de consultations régulières tout au long de la prise en charge du patient. Ils participent à la recherche et aux études cliniques, contribuant ainsi à l'évolution des connaissances en oncologie (7). Ils travaillent en collaboration avec le médecin généraliste avec cependant peu de contacts directs avec celui-ci.

Cette thèse fait partie de l'étude COCANGEN (COntultation CANcer GENéralistes). C'est une étude inter régionale qui a pour objectif de comprendre les relations entre les différents professionnels de santé dans la trajectoire du patient atteint de cancer puis d'étudier l'adéquation entre les documents

édités et les besoins d'information réclamés par les médecins généralistes pour les aider dans leur pratique. La perspective est d'améliorer le suivi de la maladie et le confort du patient.

Le projet COCANGEN s'inscrit dans le plan cancer 2014-2019, qui fait suite à deux précédents plans cancer. Ils ont pour aspiration première de répondre aux besoins et aux attentes des personnes malades, de leurs proches et de l'ensemble des citoyens.

Un des objectifs du plan cancer 2014-2019 est notamment d'améliorer l'articulation entre la médecine de ville et la médecine hospitalière et la fluidification des parcours de santé.

Cette thèse a été effectuée parallèlement à une autre étude qualitative dont l'objectif est de déterminer la pratique des médecins généralistes pour les patients atteints de cancer.

Les médecins généralistes sont souvent les premiers contacts du patient atteint de cancer et ce sont eux qui les adressent au spécialiste. Tout au long de la maladie, médecins généralistes et oncologues ou spécialistes d'organes collaborent. Pourtant les échanges entre les deux professions sont la plupart du temps limités à des courriers et appels téléphoniques ponctuels. Chacune des professions a donc une idée du champ d'action de l'autre par des interactions ponctuelles sans connaissance précise des détails.

L'intérêt de la recherche est de décrire ce que pensent les oncologues et spécialistes d'organes des pratiques des médecins généralistes chez leurs patients atteints de cancer.

L'hypothèse de recherche était que les oncologues et spécialistes d'organes pensaient que les médecins généralistes avaient des pratiques dans la prise en charge du cancer qui ne sont pas décrites dans la littérature.

La question de recherche était : « Que font les médecins généralistes dans la prise en charge des patients atteints de cancer selon les oncologues et spécialistes d'organes ? »

METHODE

1) Choix de la méthode

Conformément au protocole de recherche de l'étude CoCanGen, une méthodologie de recueil et d'analyse des données qualitatives a été mise en place. L'objectif de ce travail de recherche était de décrire ce que pensent les oncologues et spécialistes d'organes concernant les pratiques des médecins généralistes chez leurs patients atteints de cancer par l'approche phénoménologique qui place au premier plan l'expérience vécue du sujet (8).

La recherche qualitative consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. L'approche qualitative était ici intéressante car par son approche compréhensive, elle permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure » (8). Parmi les méthodes qualitatives, le choix a été fait d'une méthode par entretiens individuels semi-directifs des oncologues et spécialistes d'organes, celui-ci permettant de garantir la spontanéité et la liberté de réponse de l'interviewé (9).

Pour préparer cette étude, nous avons participé de 2017 à 2019 à des réunions de « groupe de thèses » animées par les enseignants associés de la faculté de médecine de Brest. Les réunions mensuelles se tenaient en présence d'une dizaine d'internes de médecine générale.

2) Guide d'entretien

Ce travail s'intégrait dans l'étude COCANGEN. Le choix de l'entretien semi-dirigé a été retenu par le comité scientifique de l'étude. Le guide d'entretien que nous avons utilisé a été confectionné en amont par des sociologues. Il comprenait 3 parties : la prise en charge d'un patient atteint de cancer (13 questions), les relations avec les médecins généralistes (10 questions), les difficultés rencontrées (2 questions) [Annexe n°1]. Les questions étaient toujours posées dans le même ordre.

3) Critères de recrutement des interviewés

Population cible

Le critère d'inclusion à cette étude était d'être oncologue ou spécialiste d'organes faisant de la cancérologie ayant une activité libérale ou hospitalière. Dans un premier temps, le recrutement a été réalisé à partir d'une liste nominative de 3 médecins proposée par le département de recherche de médecine générale de la faculté de Brest dans le but de poursuivre le recrutement par un effet boule de neige. Cependant devant le faible taux de réponses positives, la majeure partie du recrutement a été faite par envoi de mails ou appels téléphoniques aux oncologues ou spécialistes d'organes travaillant dans le Finistère via les sites internet des hôpitaux ou cliniques et les pages jaunes.

Variation maximale de l'échantillon

Dans le but d'obtenir un échantillon caractéristique de la population étudiée, la sélection des médecins a fait l'objet d'une attention particulière. Des critères ont été définis afin de respecter le principe de variation maximale de l'échantillon (Encadré 1).

Encadré 1 : critère de variation de l'échantillon		
Mode d'exercice	Privé	Public
Age	<45 ans	>45 ans
Sexe	Femme	Homme
Lieu d'exercice	Brest	Autre ville

Taille de l'échantillon

Le nombre de cas à inclure dans l'étude est défini par la saturation des données et non par un calcul du nombre de sujets nécessaires a priori. En effet, la saturation des données est obtenue lorsque plus aucune nouvelle notion ne transparaît des entretiens.

4) Déroulement des entretiens

Les entretiens étaient réalisés soit dans le cabinet des médecins interrogés, soit par téléphone si l'entretien en face à face n'était pas possible.

La problématique de cette étude était rappelée aux participants et ils étaient informés du caractère anonyme des données recueillies. Un recueil des données personnelles (sexe, âge, année d'installation, lieu d'exercice et mode d'exercice) était effectué en début d'entretien.

L'entretien était enregistré à l'aide d'un enregistreur vocal sur smartphone puis sauvegardé sur ordinateur portable.

Un consentement de participation à l'étude a été recueilli par mail dans les suites de l'entretien.

Transcription des entretiens

La transcription des données était réalisée manuellement sur le logiciel Word®, « mots à mots » sans corriger les fautes de langage. Des notes étaient ajoutées pour préciser les émotions exprimées.

Méthode d'analyse des résultats

La méthode d'analyse s'inspire de la théorie ancrée de Glaser et Strauss. C'est une méthodologie de recherche inductive, par opposition à la méthode hypothético-déductive, qui vise à construire des théories non pas à partir d'hypothèses prédéterminées mais à partir des données du terrain collectées (8). Les données ont été relues puis les idées principales ont été extraites de chaque verbatim en codages ouverts. Ces codages ouverts ont été regroupés en catégories (codages axiaux) eux-mêmes regroupés en thèmes (codages sélectifs). Le travail de codage s'est fait manuellement sur le logiciel

Excel®. Chaque étape a bénéficié d'un double codage. L'analyse est développée dans la partie « Résultats ».

RESULTATS

1) Description des entretiens

9 entretiens individuels de type semi-directif ont été conduits auprès de médecins oncologues ou spécialistes d'organes exerçant dans le Finistère en hôpital ou en clinique. Les entretiens se sont déroulés de novembre 2017 à novembre 2018 jusqu'à l'atteinte de la saturation des données. La durée des entretiens variait de 22 minutes à 1 heure 40 minutes avec une moyenne de 45 minutes. La durée totale de l'enregistrement audio des entretiens était de 6 heures 49 minutes.

L'analyse a permis de retrouver 395 codes ouverts, 50 codes axiaux et 11 codes sélectifs.

2) Caractéristiques des médecins interrogés

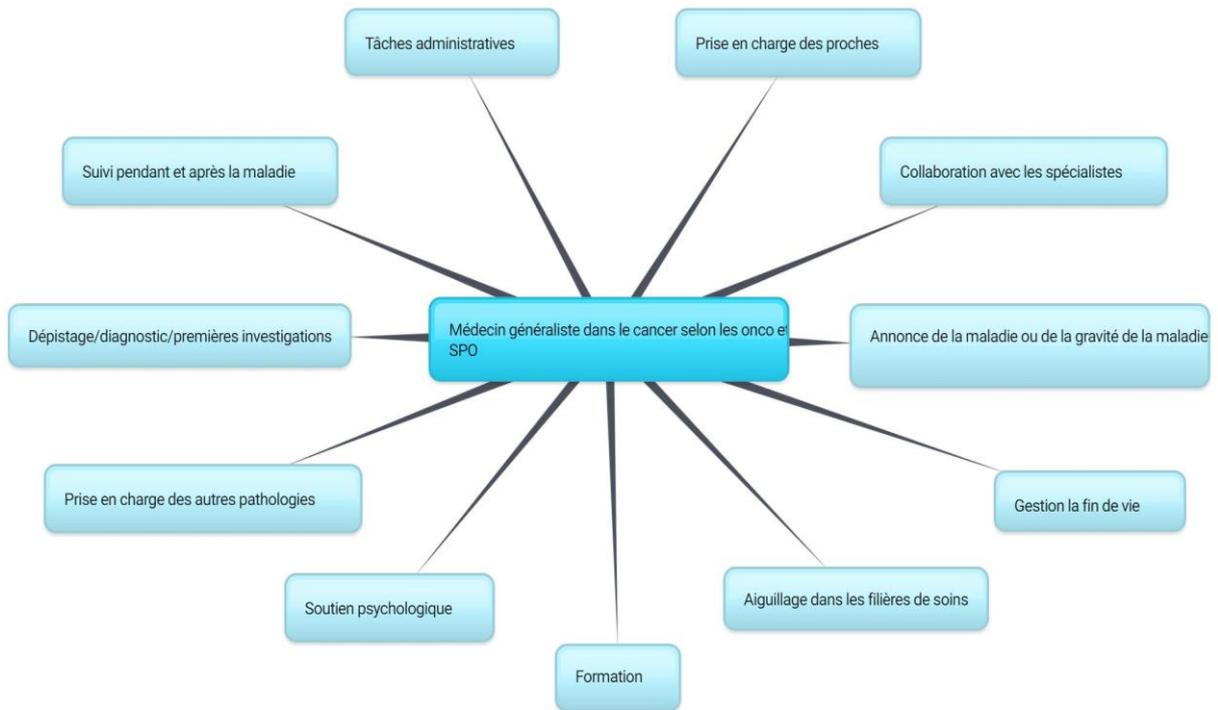
Quatre critères pouvaient influencer la perception de l'activité du médecin traitant : le sexe, l'âge, le mode d'exercice et le lieu d'exercice. Le tableau 1 permet de contrôler que chaque critère était obtenu au moins une fois, démontrant que le principe de variation maximale de l'échantillon était respecté.

Tableau 1 : Description de la population interrogée								
	Sexe		Age		Mode d'exercice		Lieu d'exercice	
	Homme	Femme	<45 ans	>45 ans	Privé	Public	Brest	Autre
Médecin 1	X			X		X	X	
Médecin 2	X		X			X	X	
Médecin 3		X	X			X	X	
Médecin 4		X	X		X		X	
Médecin 5	X		X			X	X	
Médecin 6	X			X		X		X
Médecin 7		X		X	X			X
Médecin 8	X			X	X			X
Médecin 9		X	X			X		X

Les données d'inclusion ont aussi porté attention à faire varier les spécialités médicales, pour éviter de pouvoir reconnaître les médecins consultés ces spécialités n'ont pas été reportées dans la description de la population.

3) Analyse des résultats

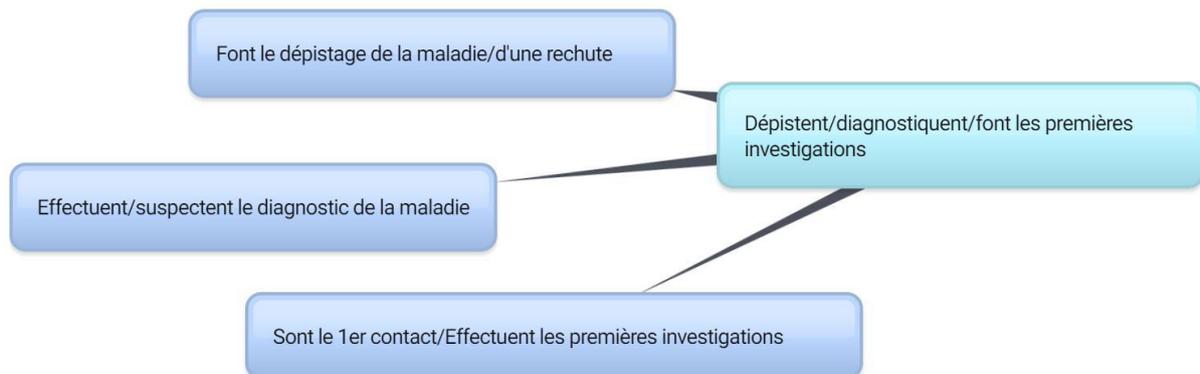
Figure 1 : vue générale



created with www.bubbl.us

a. Dépistage/diagnostic et 1ères investigations

Figure 2 : Dépistage et diagnostic



created with www.bubbl.us

1) Premier contact et premières investigations

Les oncologues et spécialistes d'organes mettaient en avant le fait que les médecins généralistes étaient souvent en première ligne pour recueillir les symptômes permettant de suspecter le diagnostic des patients.

"Généralement, ce sont les symptômes qui les amènent à consulter leur médecin traitant. Je fais essentiellement de l'ORL, donc en général ce sont les douleurs pour déglutir ou une adénopathie au niveau cervical qui les amènent à consulter. Ou une dysphonie." Med 3

2) Dépistage

Ils soulevaient également le rôle du médecin généraliste dans le dépistage organisé.

"le dépistage c'est une affaire de médecin généraliste." Med 2

Ils leur attribuaient aussi parfois le dépistage d'une rechute.

« Ils peuvent rechuter entre deux consultations de suivi, donc là le généraliste est en première ligne. » Med 2

3) Suspensions diagnostiques et diagnostic

Ils évoquaient les suspicions diagnostiques que peuvent avoir les médecins traitants.

"La maladie est diagnostiquée, mais en général elle n'est pas diagnostiquée par le médecin traitant : le médecin traitant a une suspicion, et adresse le patient au spécialiste d'organe qui va réaliser les examens paracliniques" Med 3

"le diagnostic est approché mais n'est pas franchement posé" Med 1

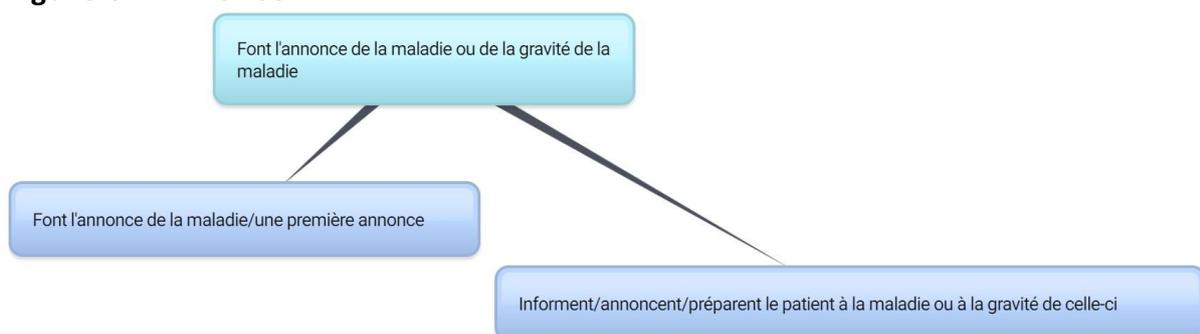
Les suspicions diagnostiques menant à la réalisation d'examens complémentaires permettaient d'approcher ou de mener au diagnostic.

"ça peut être sur une prise de sang, des symptômes, un examen d'imagerie." Med 2

"le médecin généraliste, qui fait le diagnostic par le biais d'un examen simple comme l'est l'hémogramme" Med 1

b. Annonce de la maladie/de la gravité de la maladie

Figure 3 : Annonce



created with www.bubbl.us

1) Annonce de la maladie/première annonce

Les médecins spécialistes et oncologues relevaient que les patients qui leur étaient adressés avaient parfois bénéficié d'une première annonce par le médecin traitant.

« souvent le médecin généraliste fait une première annonce quand le dépistage est positif » Med 2

« le malade va arriver en consultation d'hématologie avec déjà un diagnostic si du moins le médecin traitant consulté en première intention a été franc, a été dans la vérité avec le patient. » Med 1

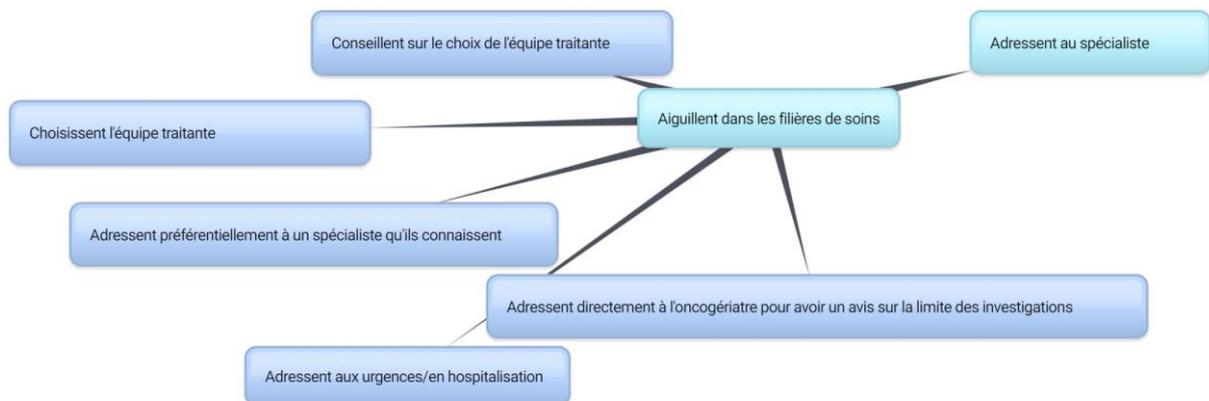
2) Information, annonce, préparation du patient à la maladie ou à la gravité de celle-ci

Ils mettaient également en avant le rôle des médecins généraliste dans la préparation à la maladie ou à la gravité de la maladie.

"Et le médecin généraliste je pense qu'il a son rôle aussi à jouer dans l'annonce de la gravité de la maladie surtout que moi j'essaie de faire des courriers qui sont explicites. " Med 7

c. Aiguillage dans les filières de soins

Figure 4 : Aiguillage



created with www.bubbl.us

1) Conseils sur le choix de l'équipe traitante

Les médecins spécialistes et oncologues relevaient le rôle du médecin traitant dans le choix de l'équipe traitante.

" les patients vont souvent demander à leur médecin généraliste où se faire traiter." Med 2

"Est-ce qu'il ne faut pas aller ailleurs ? Est-ce qu'il ne faut pas aller à Brest, à Rennes ? Je sais que les médecins traitants ont un rôle d'aiguillage dans les filières de soin sur les intervenants. Au début. " Med 7

2) Choix de l'équipe traitante

Ils mettaient en avant le fait que certains médecins orientaient leurs patients selon leurs préférences.

"Il y a des médecins traitants qui travaillent avec l'hôpital et d'autres qui travaillent avec la clinique " Med 7

3) Adressage préférentiel à un spécialiste connu

Parfois des appels directs de médecins généralistes qu'ils connaissent facilitaient le parcours de soin.

"Ça dépend si on se connaît ou pas. Là c'est une fille de ma promo, c'est facile quoi, quand on se connaît comme ça, c'est beaucoup plus simple. C'est souvent ce qui marche le mieux en termes de rapidité. " Med 5

4) Adressage direct à l'oncogériatre pour avis sur la limite des investigations

Un des médecins rapportait être parfois contacté directement par des médecins généralistes dans le cadre de l'oncogériatrie pour avoir un avis sur les limites d'investigations et de soins.

"Après, moi je fais un peu d'oncogériatrie, peut-être là plus souvent, il y a des demandes de consultation de médecins généralistes, pour savoir jusqu'où on va etc. " Med 4

5) Adressage aux urgences ou en hospitalisation

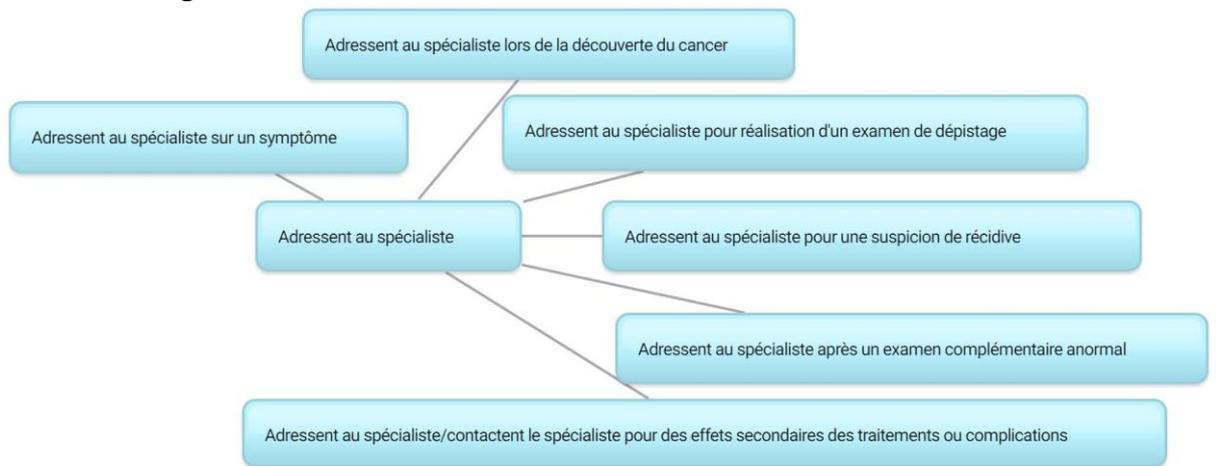
Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, les oncologues et spécialistes d'organes déclaraient prendre en charge en hospitalisation directe le patient à la demande des médecins traitants, dans d'autres cas ceux-ci passaient parfois par l'adressage direct aux urgences.

"Après le principal point où ça coince je pense dans nos relations avec les médecins généralistes, c'est pour les hospitalisations directes. Là c'est un point... Je me mets un petit peu à leur place, je pense qu'ils ne sont pas très satisfaits, mais parce qu'on n'a jamais de place." Med 2

"Il y a ceux qui délèguent tout de suite et qui disent « passez prendre un bon de transport, allez à l'hôpital, ce n'est pas la peine que je passe vous voir », ça on voit ça aussi. C'est arrivé à quelqu'un de ma famille, le médecin traitant a dit ça pour une situation de cancer métastatique. " Med 5

6) Adressage au spécialiste

Figure 5 : Adressage



created with www.bubbl.us

Les motifs d'adressage décrits par les oncologues et spécialistes d'organes étaient nombreux :

- Sur un symptôme

« En général, [...] il y a des signes de ces organes, difficultés à l'alimentation, à la respiration, ou à la phonation, une otalgie réflexe, donc les douleurs à l'oreille qui souvent peut être un signe d'alerte alors que les gens ne se plaignent quasiment de rien pour l'instant mais ils ont mal à l'oreille. Et c'est ça qui doit attirer l'attention des confrères médecins généralistes quand on est sur des terrains à risque alcool-tabagique. De temps en temps, des gens qui sont alcool-tabagiques sont envoyés avant d'avoir des cancers par leur médecin traitant, mais... Ils ont un peu mal à la gorge, ils sont un peu inquiets parce qu'ils fument et qu'ils boivent, donc on les voit mais en général c'est plutôt quand le mal est fait. " Med 8

- Lors de la découverte du cancer

"Les patients chez qui on découvre un cancer symptomatique, et le médecin généraliste, soit, ne sait pas d'où il vient ce cancer, quel organe et du coup ils sont un peu débordés, ils savent pas trop comment faire du coup ils les adressent. " Med 9

- Pour réalisation d'un examen de dépistage

"Des fois c'est le médecin traitant qui oriente pour la colo de dépistage à 5 ans, des fois il oriente pour avis. Avis sur l'indication d'une coloscopie." Med 7

- Pour une suspicion de récurrence

"il y a un circuit direct entre le médecin généraliste et nous c'est sur les récurrences. Les patients déjà suivis qui ne sont plus qu'en surveillance, quand c'est le généraliste qui fait le diagnostic de la récurrence, là ça nous arrive directement. " Med 2

- Après un examen complémentaire anormal

" ce sont les médecins traitants en général qui effectuent les dosages de PSA dans le cadre du dépistage individuel, et lorsque le PSA est élevé, ils adressent les patients en consultation urologique. " Med 3

- Pour les effets secondaires des traitements ou complications

"ils m'appellent pour une complication ou pour une gestion" Med 5

"quelques effets secondaires, quelques effets de la radiothérapie à long terme, ou même des médicaments comme l'hormonothérapie." Med 6

d. Soutien psychologique

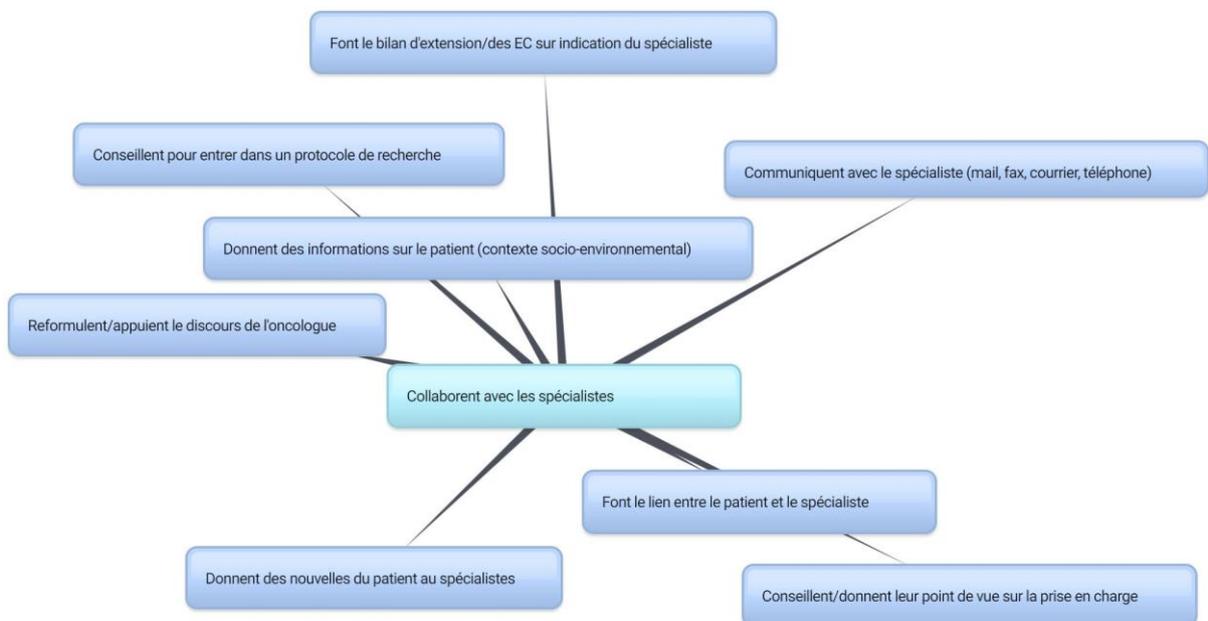
Les oncologues et spécialistes d'organes avaient conscience du rôle des médecins traitants dans le soutien psychologique des patients.

"Je pense qu'ils vont parler plus facilement à leur médecin traitant qu'à nous. Je réfléchis, mais je pense vraiment que le médecin traitant est plus dans la confiance que nous." Med 3

"Je sais qu'à l'annonce du diagnostic il y a beaucoup, beaucoup de patients qui vont direct chez leur médecin traitant en consultation. [...] Oui direct. Ça je sais. Parce qu'ils ont aussi besoin d'être rassurés sur le chirurgien que je leur indique quand il y a une chirurgie. Ils ont besoin d'être rassurés aussi sur la prise en charge de la clinique. " Med 7

e. Collaboration avec les spécialistes

Figure 6 : Collaboration



created with www.bubbl.us

1) Conseils pour entrer dans un protocole de recherche

Les oncologues et spécialistes d'organe déclaraient parfois recevoir un appui du médecin traitant pour conseiller le patient sur une inclusion dans un protocole de recherche.

" vous lui proposez un protocole de recherche clinique, l'une des possibilités c'est que le patient refuse l'inclusion au protocole de recherche clinique ou vous dit « je vais voir avec mon médecin traitant ce qu'il en pense »" Med 1

2) Informations sur le patient (contexte socio-environnemental)

Ils rapportaient qu'ils contactaient les médecins traitants dans des situations difficiles pour avoir des informations sur le contexte socio-environnemental dans lequel évolue le patient.

"Les médecins traitants parfois ils connaissent le patient depuis très longtemps, ils le connaissent beaucoup mieux que moi, ils connaissent la famille, l'environnement, qui peuvent déjà m'alerter avant que moi je me rende compte qu'il y a une situation difficile." Med 9

3) Reformulation/appui du discours de l'oncologue

Ils relevaient parfois qu'ils bénéficiaient de l'aide du médecin traitant pour reformuler, rediscuter ce qui avait été dit, notamment dans les situations de refus de soin.

" récemment pour une patiente, j'ai fait appel à un réseau «Palliance», mais la patiente a refusé. Nous avons contacté le médecin traitant, qui est retourné voir la patiente pour insister sur l'importance de la prise en charge, et a pu la convaincre" Med 3

4) Apport de nouvelles du patient au spécialiste

Ils affirmaient contacter parfois le médecin traitant pour avoir des nouvelles du patient.

"On a un examen biologique qui n'est pas très bon, ou le patient n'est pas venu ici à sa consultation, on appelle pour avoir des nouvelles [...] on passe tout le temps par le médecin traitant pour avoir des nouvelles d'un patient dont on n'a plus eu de nouvelles." Med 6

5) Lien entre le patient et le spécialiste

Ils relevaient que pour certains patients, le lien se faisait systématiquement avec le médecin traitant.

"il y a des patients qui gardent un contact et qui à chaque fois qu'ils veulent nous joindre, passent par le médecin traitant." Med 5

6) Conseils et point de vue sur la prise en charge

Ils affirmaient bénéficier parfois du point de vue des médecins traitants dans la prise en charge.

"on appelle le médecin traitant il nous dit « non là, une HAD ça ne va pas être possible, la maison est dégueulasse, l'entourage n'est jamais présent, ils vont dire oui mais ils ne sont jamais présents donc le patient va se retrouver seul ». Des fois on a ce point de vue qu'on n'a pas perçu" Med 5

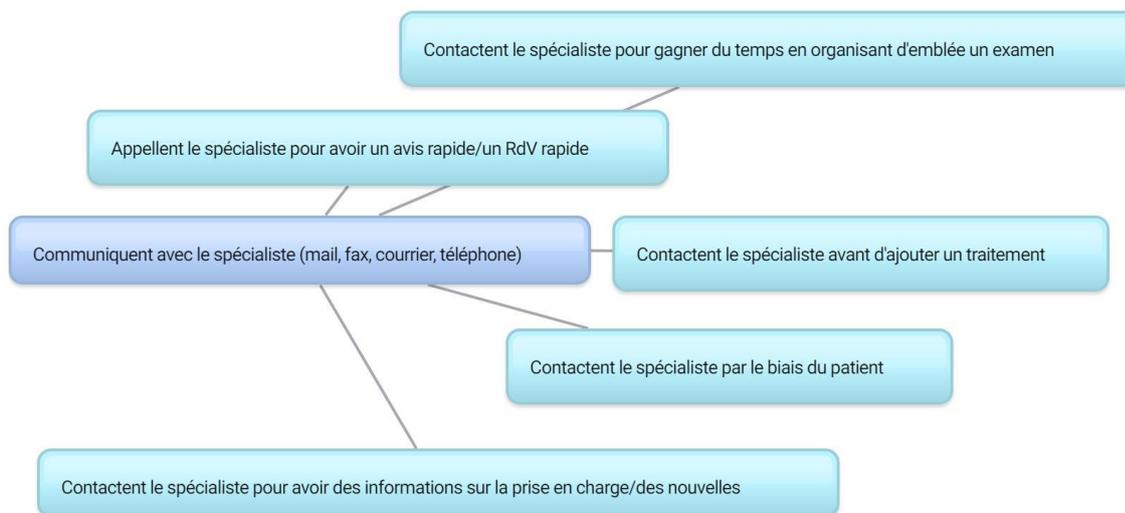
7) Réalisation de bilan d'extension/d'examen complémentaires sur indication du spécialiste

Ils disaient parfois guider les médecins généralistes dans la réalisation du bilan d'extension ou des examens complémentaires, notamment dans les conditions d'isolement géographique.

« le médecin traitant l'avait envoyé au chirurgien pour la biopsie, il a eu le diagnostic de cancer pulmonaire, il a fait faire le bilan d'extension. [...] Parce que c'était dans le sud Finistère, dans un coin où il n'y a pas de pneumologue, il n'y a aucun accès au pneumologue rapide, donc c'était ça ou le patient attendait 3 mois, ce qui n'était pas acceptable non plus. » Med 5

8) Communication avec le spécialiste

Figure 7 : Communication



created with www.bubbl.us

Les moyens de communication que décrivaient les oncologues et spécialistes d'organes étaient le téléphone, le mail, le courrier et le fax. Certains motifs exigeaient un contact plus rapide.

- Pour avoir un avis ou rendez-vous rapide

"Je sais, il y a des médecins traitants, quand ils appellent, je sais qu'ils n'appellent pas pour rien. Donc on se débrouille toujours pour voir les gens rapidement." Med 7

- Pour gagner du temps en organisant d'emblée un examen

"C'est pour des avis, et avoir soit un avis ponctuel, soit appeler pour avoir un rendez-vous rapide et [...] des fois c'est, est-ce qu'il ne faut pas directement aller faire une fibroscopie ou une colo courte plutôt que de passer par la case consultation." Med 7

- Avant d'ajouter un traitement

« Ca nous arrive d'avoir des coups de fil pour le coup « est-ce que je peux rajouter ça ? Est-ce que je peux faire ça ? », ça ça nous arrive. » Med 2

- Pour avoir des informations sur la prise en charge ou des nouvelles

"il y a des médecins traitants qui s'impliquent davantage et qui nous contactent par téléphone car ils souhaitent des informations sur la maladie, le pronostic, les traitements, les interactions médicamenteuses, est-ce qu'ils peuvent donner tel ou tel médicament" Med 3

La communication se faisait parfois par le biais du patient.

"le médecin effectue la prescription et dit : « ne prenez pas ce traitement tant que vous n'avez pas vu votre oncologue, et demandez-lui la prochaine fois si c'est compatible avec vos traitements anticancéreux». Cela arrive fréquemment." Med 3

f. Gestion de la fin de vie

Figure 8 : Fin de vie



created with www.bubbl.us

1) Collaboration avec les réseaux de soins palliatifs dans la fin de vie

Les oncologues et spécialistes d'organes relevaient l'importance de la collaboration entre médecin traitant et réseaux de soins palliatifs dans la fin de vie.

"Mais il ne peut pas faire ça tout seul non plus donc forcément il va être accompagné ou des réseaux ou de l'HAD" Med 4

2) Gestion des soins palliatifs à domicile

Ils avaient conscience de l'importance du rôle des médecins traitants dans les soins palliatifs à domicile.

"Et après pour la fin de vie c'est clair que le médecin généraliste, il a un rôle prépondérant, parce que c'est pareil, nous on peut pas intervenir au domicile, là c'est sûr que le médecin généraliste il a un rôle prépondérant dans la fin de vie." Med 2

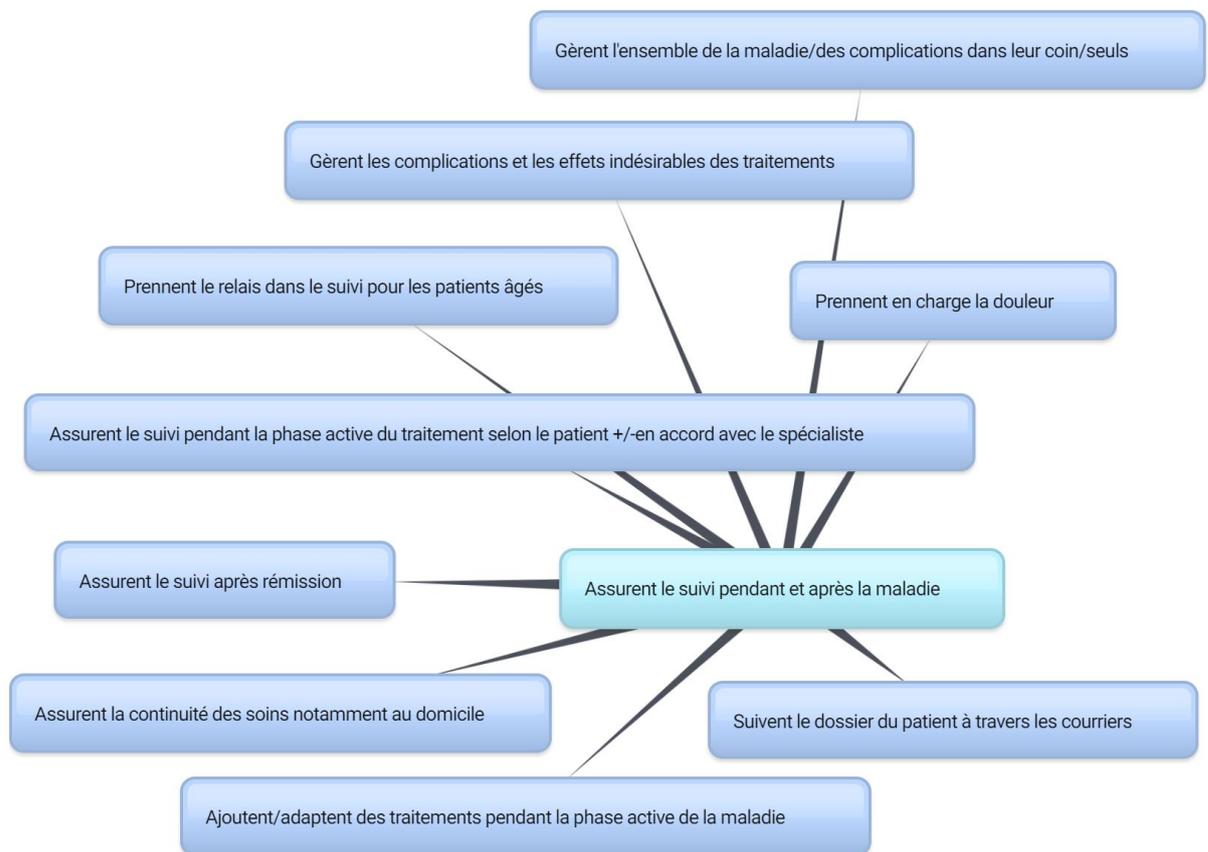
3) Reprise du suivi lors de complications ou de la fin de vie

Ils décrivaient les difficultés que pouvaient rencontrer le médecin traitant lorsqu'il retrouvait son patient après une longue période sans suivi, en cas de complication ou en fin de vie.

"En fait ça dépend beaucoup du médecin traitant qu'ils ont et de son implication. Certains coupent le lien, beaucoup, quand ils viennent toutes les 2 semaines ou toutes les 3 semaines pendant 2 ans, à la fin, pendant 2 ans ils n'ont pas vu leur médecin traitant. Quand on demande au médecin traitant de repasser chez eux, ils disent « mais je ne l'ai pas vu depuis 2 ans ». " Med 5

g. Suivi pendant et après la maladie

Figure 9 : Suivi



created with www.bubbl.us

1) Gestion sans aide de l'ensemble de la maladie

Les oncologues et spécialistes d'organes décrivaient dans certains cas des médecins traitants qui assumaient seuls la charge le patient, et refusaient parfois l'aide proposée.

"Il y en a qui gèrent beaucoup, beaucoup de choses dans leur coin et qui ne le disent pas. Il n'y en a pas 36, il y en a 2. C'est vraiment une question de personnes, qui gèrent énormément de choses et qui ne nous tiennent pas informés." Med 7

"Il y a des médecins généralistes qui ne veulent pas du tout d'aide, qui ne veulent pas le réseau, soins palliatifs tout ça, ils veulent gérer tout, tout seul. Ca arrive." Med 9

2) Gestion des complications et des effets indésirables des traitements

Ils avaient conscience que la gestion des effets indésirables des traitements qu'ils mettaient en place étaient parfois effectuée par les médecins traitants.

*"souvent c'est le généraliste quand il y a des effets secondaires on essaye d'anticiper au maximum mais quand il y a des effets secondaires inattendus, disons de la fièvre, de la neutropénie fébrile, c'est le généraliste qui gère souvent en première ligne " Med 2
"le bébé, après qui va l'avoir en charge à domicile, c'est bien le médecin de premier recours"
Med 1*

3) Relais du suivi des patients âgés

Ils disaient déléguer parfois le suivi aux médecins traitants dans le cas de patients âgés pour qui le déplacement est difficile.

"c'est vrai que chez les patients âgés, c'est fait. Parce que chez certains patients âgés qui ont des ...pour éviter les allers-retours trop fréquents, c'est fait mais ce n'est pas organisé, voilà. C'est fait de temps en temps mais ce n'est pas organisé" [NDLR la délégation au médecin traitant] Med 4

4) Prise en charge de la douleur

Ils relevaient que les médecins traitants étaient souvent en première ligne pour la prise en charge de la douleur.

"Après quand c'est du palliatif et que ça commence à aller mal, je sais que les médecins traitants interviennent aussi dans la gestion de la douleur. Ca arrive souvent que je vois des gens douloureux, qui ont déjà vu le médecin traitant et qui a déjà mis des choses en place, qui ont marché au début et puis qui ne marchent plus." Med 7

5) Suivi après rémission

Ils affirmaient que les médecins traitants géraient souvent le suivi des patients après rémission, par l'examen clinique et les examens complémentaires.

"le suivi après la maladie, parfois il est délégué au médecin traitant. Par exemple j'ai des collègues qui font des cancers de prostate, qui disent quelle doit être la fréquence des marqueurs, quels sont les examens paracliniques à faire, qui disent « je ne reverrai pas le patient avant un an, il faut prévoir ça dans 6 mois », donc ça ça se fait. En gynéco aussi ça se fait, pour les suivis échographie et échos mammaires, parce que par endroit il n'y a pas assez de monde pour faire ce suivi-là. " Med 5

6) Continuité des soins, notamment au domicile

Ils rapportaient l'importance du médecin traitant dans la continuité des soins, notamment à domicile et le week-end.

"Je ne pense pas qu'ils travaillent tous les week-ends mais lorsque l'on sait que le samedi le médecin traitant est joignable par le patient au cabinet, peut faire une visite ou prendre des

nouvelles par téléphone pour voir si tout va bien, cela nous rassure aussi chez certains patients fragiles” Med 3

7) Adaptation des traitements pendant la phase active de la maladie

Ils disaient découvrir parfois des prescriptions effectuées parallèlement à leur suivi par le médecin traitant pendant la phase active du traitement.

"parfois nous sommes obligés de téléphoner à la pharmacie pour savoir quel traitement le patient s'est vu prescrire le week-end précédent par son médecin traitant car les patients oublient régulièrement leurs ordonnances. Or, nous avons prescrit un médicament particulier parce qu'on sait par exemple qu'il est sécable et qu'on pourra le passer dans la GPE s'il y a besoin, et le patient arrive le lundi avec un changement de prescriptions" Med 3
"Ça m'est déjà arrivé de renouveler une cure de chimiothérapie, d'apprendre qu'il y avait eu des antibiotiques, de la cortisone, plein de trucs et donc là je téléphone pour savoir parce que les gens ils ne savent pas, ils n'ont pas pris les ordonnances. Ils ne disent trop rien. " Med 7

8) Suivi du dossier du patient par les courriers

Ils avaient conscience que les courriers qu'ils rédigeaient permettaient un suivi à distance pour le médecin traitant.

"le médecin n'a pas vu le patient depuis 6 mois, même s'il y a nos courriers, il n'est pas forcément content en disant « oui mais moi je ne sais pas comment c'était il y a 15 jours »." Med 4

h. Tâches administratives

Les oncologues et spécialistes d'organes décrivaient les tâches administratives qui pouvaient être réalisées par les médecins généralistes.

"je dis « allez voir votre médecin traitant par exemple pour les déclarations à 100%, ou les arrêts de travail »" Med 3

i. Formation

Les oncologues et spécialistes d'organes rapportaient que les médecins généralistes participaient à des formations et allaient chercher des informations pour mieux prendre en charge les patients atteints de cancer.

"ce sont des médecins traitants qui ont eu une formation délivrée par les réseaux pour suivre les patientes avec un cancer du sein.[...] beaucoup de médecins ont adhéré à cette formation. Actuellement ils sont en capacité pour faire ce suivi." Med 6

"Je fais pas mal de choses pour le CHEM, pour la thérapie orale, pour la chimio et tout ça et là, mais bon c'est toujours pareil, il y a des gens qui sont toujours très intéressés, qui viennent, mais après c'est des formations sur la journée. Ça prend beaucoup de temps. Il y a des médecins généralistes, des infirmières qui viennent." Med 9

j. Autres pathologies

Les oncologues et spécialistes d'organes considéraient que les médecins généralistes conservaient leur rôle pour la prise en charge des pathologies autres que le cancer et dans les renouvellements d'ordonnance.

"Il peut voir son médecin généraliste pour des problèmes de surinfection, problème banal du quotidien" Med 7

"J'essaye toujours de les réorienter vers leur médecin généraliste pour les prescriptions hypertension, cholestérol, je sais pas quoi. Pour moi c'est important qu'ils restent quand même un point de chute avec le médecin généraliste et qu'ils ne disparaissent pas pendant 2 ans, et en fait quand ça ne va plus du tout, là ils tombent sur le généraliste. Je trouve que c'est pas très bien. " Med 9

k. Prise en charge de l'entourage

Les oncologues et spécialistes d'organes relevaient également le rôle du médecin généraliste dans le soutien et la prise en charge des proches du patient.

"Je sais que souvent les familles vont le voir, le médecin traitant. Je pense que ça peut les aider." Med 7

DISCUSSION

1) Synthèse des résultats

a) Nouvelles données

De nombreux rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer étaient déjà décrits dans la littérature, notamment dans : la prévention, le dépistage(12)(13), le diagnostic (12), l'annonce, l'aiguillage dans les filières de soins (14), la gestion des effets secondaires (15), le suivi des examens complémentaires (14), la prise en charge psychologique (14), la prise en charge des proches (16), le traitement des pathologies autre que le cancer (14), la prise en charge de la fin de vie et la collaboration avec les réseaux de soins palliatifs (17) (18) (19). L'ensemble de ces éléments a été retrouvé dans les entretiens effectués.

De nouvelles données non décrites dans la littérature sont ressorties des entretiens des médecins oncologues et spécialistes d'organes :

- **La gestion de l'urgence**

Non retrouvée dans la littérature, le rôle du médecin traitant dans la prise en charge de l'urgence était plusieurs fois décrit par les oncologues et spécialistes d'organes. Ils rapportaient notamment les appels des médecins généralistes pour l'organisation rapide d'un rendez-vous, une hospitalisation, un examen, l'obtention d'un avis et l'adressage aux urgences en dernier recours.

- **L'adressage aux spécialistes à travers un réseaux de spécialistes**

L'adressage a déjà été décrit dans la littérature, l'aiguillage dans les filières de soin fait partie des rôles reconnus du médecin généraliste. En revanche l'élément nouveau était l'adressage préférentiel à un spécialiste connu selon le réseau que se constituait le médecin généraliste par expérience ou connaissance antérieure (un des exemples donné était l'adressage rapide par un ancien camarade de faculté).

- **La délivrance d'informations socio-environnementales au spécialiste pour faciliter le choix de la prise en charge**

Retrouvée dans quasiment tous les entretiens des oncologues et spécialistes d'organes, la délivrance d'informations sur le contexte socio-environnemental du patient faisait partie des principaux motifs pour lesquels ils contactaient le médecin traitant.

La connaissance que celui-ci a du mode de vie, de l'état de santé habituel, des antécédents de ses patients était essentiel pour permettre une décision éclairée dans la prise en charge.

- **La formation et recherche d'information**

Plusieurs entretiens ont évoqué les démarches effectuées par les médecins généralistes pour se former ou rechercher des informations, principalement sur la gestion des effets indésirables des traitements et le suivi après rémission.

- **La limitation de soins chez la personne âgée**

Un entretien mettait en avant le rôle spécifique que peut avoir un médecin généraliste dans le cadre de la prise en charge du cancer chez la personne âgée. En effet, afin de limiter les déplacements et de simplifier la prise en charge, celui-ci pouvait être amené à gérer l'ensemble de la maladie au domicile.

- **La gestion sans aide de l'ensemble de la prise en charge**

Plusieurs spécialistes ont décrit chez certains généralistes une volonté de prendre seul en charge le patient avec parfois le refus d'une aide extérieure.

b) Confrontation avec les entretiens de médecins généralistes

Parallèlement à la réalisation de ce travail de recherche par interrogation des oncologues et spécialistes d'organes, un autre travail a été effectué en interrogeant des médecins généralistes sur leurs pratiques chez les patients atteints de cancer.

La comparaison des deux études montre des résultats très similaires. En effet, les résultats sont quasiment superposables, démontrant que les spécialistes ont une représentation fidèle à la réalité de l'action des médecins généralistes chez les patients atteints de cancer. Quelques notions ont cependant été retrouvées en supplément lors de l'interrogation des médecins généralistes :

- **La réalisation de gestes techniques : diagnostics (biopsies de lésions cutanées), symptomatiques (ponction d'ascite à domicile)**

A noter qu'aucun des spécialistes d'organes interrogés n'était dermatologue, or les seules biopsies effectuées par les médecins généralistes sont les biopsies de lésions cutanées, il semble donc logique que cette pratique n'ait pas été décrite par les oncologues et spécialistes d'organes.

- **La mise en place de nutrition artificielle à domicile (parentérale ou entérale)**

Cette pratique décrite par un seul médecin généraliste, permet de maintenir le patient à domicile.

- **L'interaction avec d'autres disciplines (IDE mais aussi kinésithérapeutes, psychologues)**

Si la collaboration entre médecins généralistes et infirmiers libéraux était parfois évoquée par les oncologues et spécialistes d'organes, la collaboration avec d'autres professionnels n'a pas été citée.

- **Les soins centrés sur la personne et la prise en charge globale**

De nombreux points tels que l'annonce, la communication avec les proches, le soutien de la famille, le dépistage, le soutien psychologique étaient abordés par les spécialistes et généralistes. Les spécialistes n'ont cependant pas abordé certains aspects sur lesquels les médecins généralistes ont insisté : la communication adaptée à la personne, l'adaptation de la fréquence des rendez-vous, la gestion du secret médical, le prise en charge globale de la personne. Ces compétences rentrent dans une prise en charge plus holistique qui est spécifique à la médecine générale.

- **Prise en charge administrative plus détaillée**

Si la prise en charge administrative a été abordée par les médecins spécialistes, ceux-ci n'ont abordé que la demande d'ALD et les arrêts de travail. Les médecins généralistes abordaient également la gestion de la reprise du travail, l'aide au remplissage de questionnaires d'anesthésistes et la réalisation de certificats de décès.

c) Littérature d'opinion

La littérature d'opinion retrouvait certaines des notions décrites précédemment (20). L'importance de l'interaction avec d'autres disciplines (21) y était notamment décrite.

En revanche, une notion nouvelle était abordée dans le cadre de la prise en charge globale du cancer : la prescription d'activité physique (22) (23). De nombreuses études ont en effet démontré l'influence positive de l'activité physique pour la majorité des maladies chroniques, dont le cancer, alors que la majorité des patients atteint de cancer diminuent leur activité.

La prescription d'activité physique est cependant très nouvelle et n'est pas encore intégrée aux pratiques des médecins généralistes, d'où l'absence de description dans les entretiens.

2) Limites :

a) Biais d'information

Il est possible que certaines des informations recueillies aient été classées dans une catégorie inappropriée.

Néanmoins l'ensemble des entretiens a bénéficié d'un double codage et ce, à chaque étape, permettant de limiter le biais d'information.

b) Biais de confusion

Certaines variables ont pu être interprétées pour ce qu'elles ne sont pas.

Ce biais a pu être limité par le double codage et la mise en commun des informations avec discussion en groupe de thèse lors de désaccords.

c) Biais d'analyse et d'interprétation

Cette étude est un premier travail de recherche réalisé par deux internes. Le manque d'expérience a pu biaiser l'analyse des résultats et la réalisation du codage. Cependant la supervision par un groupe de recherche et deux chercheurs seniors (un sociologue et un médecin) a permis de réduire ce biais.

3) Apports

Cette thèse décrit l'important éventail d'actions différentes effectuées par les médecins généralistes chez les patients atteints de cancer vu par les médecins spécialistes. Elle permet de préciser la variété des pratiques dans un contexte où la place du médecin généraliste est de plus en plus centrale dans la prise en charge de cette maladie.

Malgré une plainte assez constante de manque d'interaction entre les deux professions, ce travail semble démontrer que les médecins spécialistes semblent avoir une bonne représentation des pratiques des médecins généralistes.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de décrire la pratique des médecins généralistes dans la prise en charge du cancer vu par les oncologues et spécialistes d'organes. Il s'agissait de décrire l'éventail des activités effectuées par le médecin généraliste du point de vue des spécialistes. Cette étude s'inscrivait dans le programme COCANGEN, dont le but est d'analyser l'activité du médecin généraliste dans les différents champs d'action de la cancérologie et d'étudier les interactions avec les autres professionnels de santé.

Les données ont été collectées par entretiens individuels enregistrés puis retranscrits. L'analyse a été réalisée de manière qualitative.

Les actions des médecins généralistes décrites par les spécialistes étaient : le dépistage, le diagnostic, la réalisation des premières investigations, l'annonce, l'aiguillage dans les filières de soin, la collaboration avec les spécialistes, le suivi pendant et après la maladie, la réalisation de tâches administratives, la prise en charge des proches, le soutien psychologique, la prise en charge des autres pathologies, la formation et la gestion de la fin de vie.

Ce travail a été réalisé parallèlement à une autre thèse sur le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge du cancer selon eux. Les résultats des deux études sont relativement similaires montrant une connaissance réaliste par les oncologues et spécialistes d'organes du travail de leurs confrères généralistes.

Les spécialistes avaient bien conscience de la difficulté des médecins traitants à les joindre. C'était le principal point négatif décrit. L'utilisation du mail était souvent citée comme permettant des contacts rapides et faciles. Le téléphone, quant à lui permettait une résolution immédiate du problème mais son usage était parfois contraignant.

Il serait intéressant d'effectuer des recherches sur les moyens de communication entre médecins généralistes et spécialistes, avec description des facilitateurs et des freins de celle-ci. La difficulté de la communication semble être le principal point de négatif dans la coopération médecins spécialistes/médecins généralistes. Son amélioration pourrait avoir un impact positif dans la prise en charge du patient atteint de cancer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut national du Cancer. Définition cancer. Disponible à : <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/cancer>. (Consulté le 11/03/2019).
2. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Remontet L, Colonna M, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 20 p. Disponible à : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018>. (Consulté le 23/03/2019).
3. Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Disponible à : solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf. (Consulté le 23/03/2019).
4. Imbert F. Fédération nationale des observatoires régionaux de santé par département. Le taux de mortalité prématurée. Décembre 2009. Disponible à : http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/sites/default/files/taux_de_mortalite_prematuree.pdf. (Consulté le 03/04/2019).
5. Qu'est-ce qu'un médecin de premier recours ? InFormation/med, Janvier 2002. Disponible à : <http://www.medecine.unige.ch/enseignement/information/med/spip.php?article29>. (Consulté le 03/04/2019).
6. Rouzier R, Legoff S. Rôle du médecin généraliste dans le suivi du cancer du sein. EMC - Trait médecine AKOS. 2007 Jan;2(3):1–5. Disponible à : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1634693907451468>. (Consulté le 03/04/2019).
7. Institut du roi Albert II, oncologie et hématologie. Oncologie médicale. Disponible à : <https://www.institutroialbertdeux.be/fr/oncologie-medicale>. (Consulté le 10/04/2019).
8. Imbert Geneviève, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, 2010/3 (N° 102), p. 23-34. Disponible à : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>. (Consulté le 01/05/2019).
9. Aubin-auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative Exercer.pdf, 19, 142–145.
10. Recueil de données en recherche qualitative - LEPCAM. Disponible à : https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/. (Consulté le 01/05/2019).
11. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. 2006 [cited 2019 Apr 18];26(2):1–18. Disponible à : <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>. (Consulté le 01/05/2019).
12. Ruestsch M. Implication des médecins généralistes dans le dépistage organisé des cancers. 2005. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp_has-inca_ruetsch.pdf. (Consulté le 10/05/2019).
13. Bellier T, Vallard A, Espenel S et al. Role of general practitioners in cancer screening: A survey in the French armed forces. Bull Cancer. 2015 Dec;102(12):993-1001. Epub 2015 Nov 25. French. PubMed. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26628076>. (Consulté le 10/05/2019).

14. Bungener Martine, Demagny L, Holtedahl KA *et al.* La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ?, *Pratiques et Organisation des Soins*, 2009/3 (Vol. 40), p. 191-196. Disponible à : <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-3-page-191.htm>. (Consulté le 10/05/2019).
15. Jodar M, Jacquin J, Vallée J. Perception des effets indésirables de la chimiothérapie et de l'hormothérapie par les femmes prises en charge pour un cancer du sein. 2016. Disponible à : <https://www.em-consulte.com/en/article/1042787/resultatrecherche/2>. (Consulté le 10/05/2019).
16. Rougé Bugat M. La place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient âgé atteint de cancer. 2017. Disponible à : http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/2016/07_avril_16/DUOG_nov2015_place_du_medecin_traitant.pdf. (Consulté le 11/05/2019).
17. 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 Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique* [Internet]. 2012 Apr;11(2):90–7. Disponible à : <https://www.em-consulte.com/en/article/706108>. (Consulté le 11/05/2019).
18. Couraud Laouisset C, Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. Thèse de médecine. Université Paris 7-Diderot. 2011. Disponible à : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3525_THESE-COURAUD.pdf. (Consulté le 11/05/2019).
19. Le Guerlédan F. 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. *Sciences du Vivant [q-bio]*. Thèse de médecine. Faculté de médecine Brest. 2017. Disponible à : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01613068/document>. (Consulté le 11/05/2019).
20. Drogou I. Les généralistes, actifs dans le dépistage des cancers, ne se sentent pas assez valorisés dans leurs missions. *Le Quotidien du médecin*. 2018 29 nov. Disponible à : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/11/29/les-generalistes-actifs-dans-le-depistage-des-cancers-ne-se-sentent-pas-assez-valorises-dans-leurs-missions_863551. (Consulté le 11/05/2019).
21. Clavéro J. Interventions du médecin généraliste au sein de l'équipe pluridisciplinaire. *Le concours médical*. 2011 déc; 133 (10): 784-5. Disponible à : http://solr.gmsante.fr/CM/2011/10/CM_2011_10_784.pdf. (Consulté le 11/05/2019).
22. Lequeux Y, Belin-Sauget C, Behrendt J, Siegrist S, Frances P. Les médecins généralistes face au cancer. *Le concours médical*. 2010 nov; 132 (17-18):708-10. Disponible à : http://solr.gmsante.fr/CM/2010/17/CM_2010_17_708.pdf. (Consulté le 11/05/2019).
23. Evrard N. Cinq ans après le diagnostic de cancer, plus d'1 personne sur 2 est spécifiquement suivie par son généraliste. *Le généraliste*. 2018 20 juin. Disponible à : https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/06/20/cinq-ans-apres-le-diagnostic-de-cancer-plus-d1-personne-sur-2-est-specifiquement-suivie-par-son-generaliste_315186. (Consulté le 11/05/2019).

ANNEXES

Annexe n°1 : Guide d'entretien

Grille d'entretien étude COCANGEN

MS

Date de l'entretien	
Intervieweur/euse	
Identifiant médecin	
Spécialité	
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

Si spécialiste d'organes= MSO / O = oncologue.

Thématiques	Questions	Observations
Prise en charge d'un.e patient.e atteint de cancer	Dépistage Comment vos patient.es ont-ils/elles découverts qu'ils/elles étaient atteint.es de cancer ? ➔ <i>MSO</i> La découverte de la maladie s'est-elle faite via une suspicion de votre part, un dépistage proposé, fortuitement ? ➔ Vous arrive-t-il de faire l'annonce de la maladie à vos patient.es ? Traitement, Parcours d'un.e patient.e 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) ? Durant ce parcours, intervenez-vous plus ou moins - à certains moments ? Quand ?	

	<ul style="list-style-type: none"> - selon vos patient.es ? Lesquel.les ? - selon les pathologies ? Lesquelles ? <p>Au cours de ce parcours, comment qualifier votre rôle auprès de vos patient.es ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ effectuez-vous un accompagnement qui, selon vous, dépasse le simple aspect médical de la maladie ? Sur quels aspects ? ➔ Quelles relations avez-vous avec les proches de vos patient.es atteint.es de cancer ? <p>Suivi</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.) ? Quel peut-être, selon-vous, le rôle du MG dans ce cadre ?</p>	
<p>Relations avec les MG</p>	<p>Lorsqu'un patient vous est adressé, en général, par qui l'est-il ?</p> <p>Lorsqu'un patient vous est adressé par un MG, par quel biais êtes-vous contacté ? Y'a-t-il des MG avec lesquels vous travaillez plus souvent (qui vous adresse tou.tes leurs patient.es, etc. ?)</p> <p>Comment se déroulent les relations avec les MG ? (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 leur MG ? ((dépistage, annonce, choix de l'équipe traitante, suivi de la phase active du traitement, rechute, fin de vie...)) ?</p> <p>Vos patient.es abordent-ils avec vous le contenu des échanges qu'ils ont avec leur MG ?</p> <p>Les consultations et vos relations avec les MG varient-elles selon les périodes de la maladie ?</p>	

	<p>Quelles difficultés rencontrez- vous dans le cadre de la collaboration avec les MG et autres professionnels ?</p> <p>Disposez-vous des informations nécessaires au bon suivi de vos patient.es (notamment en ce qui concerne les éventuels traitements mis en place par les MG concernant les effets secondaires des traitements ou plus globalement les différentes prises en charge que sont amenés à faire les MG) ?</p>	
Difficultés	<p>Quelles difficultés et problèmes rencontrez dans le cadre de vos échanges avec les MG ?</p> <p>Qu'auriez- vous besoin pour vous aider dans vos difficultés?</p>	

IMPRIME 4 – AUTORISATION D'IMPRIMER

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Madame / Monsieur Metig Dorval
Inscrit-e en DES de Médecine générale

Titre définitif de la thèse soutenue :

Que font les médecins généralistes dans la prise en charge des patients atteints de cancer selon les oncologues et spécialistes d'organes ?

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI :

La présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à l'interne susmentionné.

Brest, le 02/06/2019

Le président du jury de thèse

JY LE RESTE

Le directeur de l'UFR de médecine et des
sciences de la santé de Brest

C. BERTHOU



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.”

DORVAL Metig : Que font les médecins généralistes dans la prise en charge des patients atteints de cancer selon les oncologues et spécialistes d'organe ?

Th. : Méd. : Brest 2019

RESUME :

Introduction : Le cancer représente la première cause de mortalité en France, sa prise en charge est pluridisciplinaire et peut faire intervenir de nombreux médecins, dont le médecin généraliste. Cette thèse fait partie de l'étude COCANGEN (COntultation CAncer GENéralistes) dont l'objectif est d'analyser l'activité du médecin généraliste dans les différents champs d'action de la cancérologie.

Objectif : Décrire ce que font les médecins généralistes chez les patients atteints de cancer selon les oncologues et spécialistes d'organes.

Méthode : Une méthodologie de recueil et d'analyse des données qualitatives a été mise en place. Le choix de l'entretien semi-dirigé a été retenu par le comité scientifique de l'étude COCANGEN. Les données ont été enregistrées, retranscrites puis les idées principales ont été extraites de chaque verbatim en codage ouverts, axiaux puis sélectifs. L'ensemble de ces données a bénéficié d'un double codage.

Résultats : Les actions des médecins généralistes décrites par les spécialistes étaient donc : le dépistage, le diagnostic, la réalisation des premières investigations, l'annonce, l'aiguillage dans les filières de soin, la collaboration avec les spécialistes, le suivi pendant et après la maladie, la réalisation de tâches administratives, la prise en charge des proches, le soutien psychologique, la prise en charge des autres pathologies, la formation et la gestion de la fin de vie. Certaines de ces actions n'étaient jusqu'ici pas décrites dans la littérature. Une thèse effectuée en parallèle, questionnant les médecins généralistes sur leur pratique retrouve des résultats quasiment superposables, démontrant une bonne connaissance du champ d'action des médecins généralistes par les oncologues et spécialistes d'organe.

Conclusion : Les Médecins généralistes ont un rôle central dans la prise en charge du patient atteint de cancer. Le principal point de difficulté décrit dans la collaboration entre généraliste et spécialistes reste la communication, il serait intéressant d'effectuer une recherche sur les freins et facilitateur de cette communication.

MOTS CLES : Cancer, médecine générale, oncologie

JURY :

Président : Professeur Jean-Yves LE RESTE

Membres : Docteur Guillaume Fernandez

Docteur Patrice NABBE

Docteur Jérémy DERRIENNIC

Docteur Camille VERNET

DATE DE SOUTENANCE : 27/06/2019

DORVAL Metig :

What do general practitioners do in the care of cancer patients according to oncologists and organ specialists?

Th. : Méd. : Brest 2019

RESUME :

Introduction: Cancer is the first cause of death in France, its management is multidisciplinary and can involve many doctors, including the general practitioner. This thesis is part of the COCANGEN study which objective is to analyze the activity of the general practitioner in the different fields of action of oncology.

Objective: Describe what general practitioners do for cancer patients according to oncologists and organ specialists.

Method: A qualitative methodology for the collection and analysis of data has been put in place. The choice of the semi-directed interview was chosen by the scientific committee of the COCANGEN study. The data were recorded, transcribed and the main ideas were extracted from each verbatim in open, axial and then selective coding. All of these data benefited from double coding.

Results: The actions of the general practitioners described by the specialists were thus: the screening, the diagnosis, the realization of the first investigations, the announcement, the referral in the care sectors, the collaboration with the specialists, the medical monitoring during and after the illness, the accomplishment of administrative tasks, the care of the relatives, the psychological support, the care of the other pathologies, the training, and the management of the end of life. Some of these actions have not been described in the literature so far. A thesis carried out in parallel, questioning GPs about their practice finds results almost superimposable, demonstrating a good knowledge of the field of action of general practitioners by oncologists and organ specialists.

Conclusion: GPs have a central role in caring for the cancer patient. The main point of difficulty described in the collaboration between generalist and specialists remains the communication, it would be interesting to develop a research on the obstacles and facilitator of this communication.

KEY WORDS : Cancer, general practitioner, oncology

JURY :

President : Professeur Jean-Yves LE RESTE

Members : Docteur Guillaume Fernandez

Docteur Patrice NABBE

Docteur Jérémy DERRIENNIC

Docteur Camille VERNET

DATE OF DEFENSE : 27/06/2019