



HAL
open science

L'alimentation des patients en cours de traitement anticancéreux : représentations et pratiques des médecins généralistes

Marie Drouin

► **To cite this version:**

Marie Drouin. L'alimentation des patients en cours de traitement anticancéreux : représentations et pratiques des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03110663

HAL Id: dumas-03110663

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03110663>

Submitted on 14 Jan 2021

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.

THÈSE

EN VUE DE L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DISCIPLINE : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée le 28 octobre 2020
à la Faculté de Médecine de Nice
par

Marie DROUIN
Née le 13 février 1989

***L'ALIMENTATION DES PATIENTS
EN COURS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX :
REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES***

Président du jury : Monsieur le Professeur Stephane SCHNEIDER
Asseseurs : Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Madame le Professeur Brigitte MONNIER
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christophe HEBERT

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice**Doyen****Pr. BAQUÉ Patrick****Vice-doyens****Pédagogie
Recherche
Etudiants****Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin****Chargé de mission projet Campus****Pr. PAQUIS Philippe**

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHELIS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)
Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

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

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A monsieur le Professeur Stéphane Schneider :

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury. Je suis honorée de recevoir votre expertise dans le domaine de la nutrition. Veuillez trouver en ces mots, l'expression de ma sincère reconnaissance.

A monsieur le Professeur Gilles Gardon :

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Votre vision et votre expérience de la médecine générale me sont importantes. Veuillez trouver l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A madame le Professeur Brigitte Monnier :

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Merci également pour votre encadrement en tant que référente pédagogique au sein du DERMG. Veuillez trouver l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A mon directeur de thèse le Docteur Christophe Hébert :

Je tiens à te remercier de m'avoir encadré tout au long de cette thèse. Merci pour ta gentillesse et ta disponibilité permanente, aussi bien en tant que directeur de thèse que lors de mon stage au centre Antoine Lacassagne.

A mes maîtres de stage :

Je tiens à remercier particulièrement les Dr Marc Debailleul, Dr Sophie Volfart, Dr Thomas Hubiche et Dr Pascal Del Giudice pour leur encadrement lors de mes stages d'internat. Vous m'avez apporté votre savoir tant sur le plan médical que sur le plan humain et participé à me construire en tant que médecin.

Aux médecins généralistes participants :

Je vous remercie d'avoir pris sur votre précieux temps pour participer à cette étude.

A ma famille :

A mes parents :

pour votre patience et votre indéfectible soutien tout au long de mes études.
Maman, merci pour tout.

A ma fille Jeanne :

parce que tu illumines nos vies.

A Nicolas :

pour ton amour, ton soutien, tes réconfortantes tartes aux pommes et ton humour détonnant.

A mon petit frère :

que j'aime tant.

A Juliette :

pour ton aide précieuse.

A Olivier, Frédérique, Jérôme, Etienne, Mamie, Thierry et tous les autres.

A ceux qui sont partis et qui me manquent.

A mes amis :

A Antonia, Marianne, Sarah, Victorine et Pierric :

pour votre inestimable amitié.

A Claire :

pour ta gentillesse et ton soutien pendant l'internat.

A Marcus :

pour ta douceur et ta fidélité.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	14
1.1. Les enjeux de la prise en charge nutritionnelle en oncologie..	14
1.2. Etat des lieux sur la prise en charge nutritionnelle en oncologie	15
1.3. Définitions et terminologie.....	17
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	19
2.1. Objectifs de l'étude	19
2.1.1. Objectif principal	19
2.1.2. Objectifs secondaires	19
2.2. Recherche bibliographique	19
2.3. Choix du type d'étude : la recherche qualitative	20
2.4. Choix de la technique de recueil des données : l'entretien semi-dirigé	20
2.5. Recrutement des médecins	21
2.6. Guide d'entretien	21
2.7. Déroulement des entretiens	22
2.8. Traitement et analyse des données	23
2.8.1. Retranscription des données	23
2.8.2. Analyse des données	23
3. RÉSULTATS	25
3.1. Résultats descriptifs : caractéristiques de l'échantillon	25
3.2. Résultats qualitatifs	28
PARTIE A : Les représentations sur l'alimentation et la dénutrition des patients en cours de traitement anticancéreux	28
3.2.1. Représentations sur l'alimentation	28
3.2.2. Représentations sur la dénutrition	30
3.2.3. Représentations sur les patients et leurs proches	33

PARTIE B : Les pratiques des médecins généralistes	35
3.2.4. L'évaluation de l'état nutritionnel	35
3.2.5. Les objectifs de prise en charge	38
3.2.6. La prise en charge thérapeutique	38
PARTIE C : Le médecin généraliste et la nutrition artificielle	40
3.2.7. L'expérience	40
3.2.8. Représentations négatives sur la nutrition artificielle	41
3.2.9. Les connaissances théoriques	41
3.2.10. La nutrition artificielle en pratique	42
PARTIE D : Les difficultés et les besoins des médecins généralistes	43
3.2.11. La coordination, le besoin de trouver sa place	43
3.2.12. Le temps, des consultations dédiées	44
3.2.13. Etablir un suivi alimentaire	44
3.2.14. La formation, le besoin d'être sensibilisé	45
4. DISCUSSION	46
4.1. Intérêts de cette étude	46
4.2. Limites de cette étude	47
4.3. Pratiques des médecins généralistes et comparaison avec les données de la littérature	49
4.3.1. L'évaluation de l'état nutritionnel	49
4.3.2. Les objectifs de la prise en charge.....	52
4.3.3. Les moyens thérapeutiques	53
4.4. Les médecins généralistes et la nutrition artificielle	55
4.5. Facteurs influant sur la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes	57
4.5.1. La volonté d'améliorer la qualité de vie	57
4.5.2. Les représentations sur la dénutrition et ses enjeux	58
4.5.3. Les avantages d'une médecine de proximité	59
4.5.4. Le manque de temps	59
4.5.5. Le manque d'expérience et de formation	60
4.5.6. Le manque de coordination ville/hôpital	60

4.6. Les besoins des médecins généralistes	61
4.6.1. Un rôle à définir	61
4.6.2. Une formation et des outils adaptés	62
5. CONCLUSION	64
6. BIBLIOGRAPHIE	65
7. ANNEXES	68
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	68
Annexe 2 : Diagnostic de la dénutrition de l'adulte, tableau récapitulatif, recommandations HAS 2019	70
Annexe 3 : Score d'Evaluation Facile des Ingesta.....	71
Annexe 4 : Patient-Generated Subjective Global Assessment.....	72
Annexe 5 : Mini Nutritional Assessment	73
Annexe 6 : Conseils diététiques adaptés aux effets secondaires de radiochimiothérapies	74
8. SERMENT D'HIPPOCRATE	76

1. INTRODUCTION

Au cours des vingt dernières années, la prévalence des cancers a augmenté alors que la mortalité a diminué. Les progrès thérapeutiques ont entraîné un allongement significatif de la durée de vie. La prise en charge nutritionnelle s'est imposée comme un enjeu majeur dans la prise en charge globale des patients atteints de cancer.

Du fait d'une organisation spécifiquement dédiée, par la création des centres de lutte contre le cancer, cette pathologie se présente comme relevant essentiellement d'une intervention médicale spécialisée. Pourtant les médecins généralistes sont durablement mobilisés auprès de leurs patients atteints de cancer, depuis le dépistage jusqu'à la fin de vie (1). Leurs compétences propres, leur insertion locale et leur proximité avec les patients et leur entourage, constituent des outils efficaces à mobiliser.

Cette étude qualitative s'attachera à explorer le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge nutritionnelle des patients en cours de traitement anticancéreux. Il s'agira d'analyser leur point de vue, de comparer leurs pratiques aux recommandations existantes et de comprendre les mécanismes influant sur leurs décisions.

1.1. Les enjeux de la prise en charge nutritionnelle en cancérologie

Près de 400 000 nouvelles personnes sont diagnostiquées avec un cancer chaque année en France métropolitaine dont 53,5 % d'hommes et 46,5 % de femmes. Le cancer est également la cause d'environ 150 000 décès annuels (2).

Au cours des deux dernières décennies, l'amélioration du dépistage et des traitements de la maladie a permis une baisse de la mortalité. Cependant le pronostic reste mauvais pour certains cancers. Ceci souligne la nécessité d'intensifier les efforts déjà déployés en matière de prévention, de diagnostic et de traitement du cancer (3).

Selon les études, 30 à 50 % des patients atteints de cancer sont amaigris et potentiellement dénutris, particulièrement en cas de tumeur des voies aérodigestives supérieures, de l'estomac, du poumon, du pancréas, des ovaires et en hématologie lourde. Ces chiffres n'ont pas changé depuis trente ans (4). Chez un malade cancéreux, une perte de poids supérieure à 15 % est constamment associée à une altération du pronostic indépendamment de la maladie tumorale. La dénutrition serait directement responsable du décès des malades dans 5 à 25 % des cas (5). Par ailleurs, il est depuis longtemps démontré que la dénutrition limite l'efficacité et la tolérance des traitements anti-cancéreux que ce soit par chimiothérapie, radiothérapie (6) et chirurgie (7).

Le diagnostic précoce et le traitement de la dénutrition doivent donc faire partie intégrante de la prise en charge globale du patient atteint de cancer.

1.2. Etat des lieux sur la prise en charge nutritionnelle en cancérologie

Devant l'absence de données épidémiologiques, une évaluation de l'état nutritionnel a été réalisée en 2006 chez tous les malades présentant un cancer vus dans 86 services de 24 villes en France, un jour donné (8). Tous types de cancers confondus, 38 % des femmes et 40 % des hommes étaient dénutris.

Une deuxième étude portant sur la perception des patients (9) a montré que sur l'ensemble des malades interrogés, 60% déclaraient avoir perdu du poids et 41,4 % affirmaient avoir reçu des conseils nutritionnels. Ces conseils avaient été prodigués par un médecin hospitalier dans 32% des cas, un diététicien dans 56% des cas et par le médecin traitant dans seulement 12,9 % des cas. 37% des malades avaient reçu des compléments nutritionnels oraux.

L'étude Nutricancer en 2012 (10) a comparé la perception de la dénutrition par les médecins et les patients de plus de 70 ans. Cette étude a montré que les médecins surestimaient la prise alimentaire de leur patient et sous-estimaient l'impact de l'état nutritionnel sur leur qualité de vie (état psychologique, fatigue). Quant aux patients, ils sous-estimaient leur état de dénutrition et l'efficacité d'une prise en charge nutritionnelle, révélant un manque d'information sur l'importance de celle-ci.

Ces constats ont mené à l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique (4), adressées à tous les soignants en cancérologie et à tous les patients adultes atteints de cancer. Elles ont pour objectifs :

- de préciser comment réaliser le dépistage et le diagnostic de la dénutrition chez le patient atteint de cancer ;
- d'intégrer et de préciser les indications de la prise en charge nutritionnelle du patient pendant la maladie, en phase curative, palliative et palliative avancée, en cohérence avec le traitement oncologique ;
- de préciser les modalités des différentes formes de support nutritionnel dans ces diverses circonstances.

1.3. Définitions et terminologie

Il n'y a pas de définition clinique universelle de la **dénutrition**, aussi bien pour des raisons conceptuelles que faute d'outils de mesure communs. Cependant il est recommandé de retenir la définition suivante : la dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Ce déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif (11).

La cachexie cancéreuse (12) correspond à un syndrome multifactoriel. La gravité est classée en fonction du degré d'épuisement des réserves en combinaison avec le degré de perte de poids. Plusieurs phases sont décrites :

- la **pré-cachexie**, où apparaissent une anorexie et les premiers signes de déséquilibre métabolique (réponse inflammatoire).
- la **cachexie**, définie par une perte de la masse musculaire squelettique (associée ou non à une perte de tissu adipeux), non complètement réversible malgré les supports nutritionnels.
- la **cachexie réfractaire**, qui correspond à l'état nutritionnel où plus aucune réponse thérapeutique n'est observée.

Le **poids**, ou poids actuel, est le poids mesuré du patient lors du séjour ou de la consultation. Il est idéalement obtenu chez un patient en tenue allégée et pieds nus. Il est préférable de toujours utiliser la même balance. L'état d'hydratation et de rétention hydro-sodée participe à l'interprétation de ces valeurs (13).

Le **poids de forme** correspond au poids où le patient se perçoit au mieux de sa forme (13).

La **perte de poids** est exprimée en pourcentage de perte de poids par rapport au poids de forme ou poids habituel ou poids il y a 1 ou 6 mois (13).

L'**indice de masse corporelle** (IMC) est le rapport du poids en kilogrammes sur le carré de la taille en mètres. Dans la population générale, les valeurs normales se situent entre 18 et 25 pour les personnes de moins de 70 ans, entre 21 et 25 pour les personnes de plus de 70 ans (13).

Les **compléments nutritionnels oraux** (CNO) sont des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales. Ce sont des produits industriels le plus souvent prêts à l'emploi. Ils existent sous plusieurs formes : monomériques ou polymériques (13).

Le **conseil diététique personnalisé** est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement. Plusieurs consultations intègrent l'évaluation de l'état nutritionnel et des conseils diététiques adaptés aux besoins identifiés (13).

La **nutrition artificielle** comprend la **nutrition entérale** (NE) qui utilise la voie d'abord digestive (sonde naso-gastrique ou naso-jéjunale, gastrostomie, jéjunostomie) et la **nutrition parentérale** (NP) qui utilise la voie veineuse de préférence centrale (13).

Un **orexigène** est un médicament qui permet d'augmenter l'appétit (13).

Le **support nutritionnel** inclut le conseil diététique personnalisé, les compléments nutritionnels oraux et la nutrition artificielle (13).

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Objectifs de l'étude

2.1.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de recueillir et comparer les pratiques des médecins généralistes concernant l'alimentation des patients adultes en cours de traitement anti-cancéreux.

2.1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude sont l'identification des facteurs influant sur la prise de décision, la mise en évidence du ressenti et des difficultés rencontrées par les médecins généralistes face à la prise en charge des situations de dénutrition.

2.2. Recherche bibliographique

La recherche documentaire a été effectuée en décembre 2019 puis enrichie tout au long de l'étude. Les différents articles ont été sélectionnés à partir de plusieurs sources, puis classés et référencés à partir du logiciel Zotero. Les moteurs de recherche suivants ont été utilisés : Pub Med, Google Scholar, Cifmef, en utilisant les mots-clés seuls ou associés : « dénutrition », « alimentation », « nutrition artificielle », « cancer », « chimiothérapie », « radiothérapie », « chirurgie », « étude qualitative », « médecine générale ».

Nous nous sommes assurés de l'absence de travaux similaires référencés dans la base de données de la bibliothèque universitaire Unice, ainsi que sur la bibliothèque inter-universitaire de l'université Paris Descartes.

2.3. Choix du type d'étude : la recherche qualitative

La complexité des soins primaires requiert de disposer de plusieurs méthodes de recherche et d'une multitude de techniques de recueil de données. Les outils quantitatifs de l'épidémiologie et des essais randomisés ne permettent pas de répondre à la totalité des questions soulevées par l'exercice quotidien (14).

Notre étude a pour but de comprendre les mécanismes décisionnels, l'influence des représentations à travers les récits et l'expérience des médecins interrogés. La recherche qualitative constitue un ensemble d'outils méthodologiques adaptés à ce que nous souhaitons mettre en valeur. C'est une approche qui met l'accent sur la compréhension des phénomènes dans leur contexte et une stratégie itérative, flexible qui permet la découverte de nouvelles idées et interprétations.

Par ailleurs une étude qualitative a été menée afin d'explorer les liens entre les représentations et les pratiques des médecins généralistes concernant l'alimentation des patients en soins palliatifs (15). Les résultats obtenus et les pistes qui ont pu en être dégagées ont retenu notre attention. Nous avons souhaité appliquer cette méthode pour étudier la phase curative, qui ne présente pas les mêmes enjeux.

2.4. Choix de la technique de recueil des données : l'entretien individuel semi-dirigé

Nous avons fait le choix de l'entretien individuel semi-dirigé. Celui-ci permet un échange flexible assurant un recueil des données riche et approfondi. L'intervieweur se base sur un guide d'entretien composé de questions ouvertes permettant d'orienter la discussion.

A l'inverse du questionnaire, l'entretien semi-dirigé permet de faire naître des hypothèses, des thèmes inattendus et d'encourager à développer un discours en profondeur. L'intervieweur n'intervient que pour accroître l'information, en s'abstenant de structurer le discours.

2.5. Recrutement des médecins

Le recrutement des médecins généralistes a été effectué en direct ou par téléphone. Les participants étaient supposés concernés et compétents par rapport à notre objet d'étude.

La population concernée était la population des médecins généralistes de Loire-Atlantique, d'Isère et du Var, installés ou remplaçants dans un cabinet de médecine générale.

Nous avons voulu équilibrer notre échantillon en fonction de leur ancienneté et des différentes zones géographiques d'exercice (Degré d'urbanisation de l'INSEE) (16).

2.6. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (annexe 1) a été élaboré avec le directeur de thèse, après une lecture de la bibliographie et le choix des thèmes que nous souhaitions explorer.

Afin de ne pas induire ou restreindre les réponses des médecins interrogés, le guide d'entretien est composé de questions ouvertes. Il comprend également des sous-questions, destinées à relancer la discussion ou faire préciser certaines notions si nécessaire.

Il explore les thèmes suivant :

- les données socio-épidémiologiques, afin de définir les caractéristiques de l'échantillon,
- une question d'ouverture, invitant librement le médecin à raconter la dernière situation en rapport avec notre sujet,
- les représentations avec quatre questions portant sur l'alimentation, la dénutrition, ses causes et conséquences,
- les pratiques, avec quatre questions portant sur l'évaluation, les objectifs de prise en charge, les ressources thérapeutiques,
- les besoins et les attentes du médecin généraliste.

2.7. Déroulement des entretiens

Les dix entretiens se sont déroulés entre le 4 février 2020 et le 7 juin 2020, au cabinet des médecins interrogés ou à leur domicile. Ils ont été réalisés en face à face, au calme, afin de favoriser la qualité de l'échange.

Les rencontres ont toutes débuté par une présentation de l'étude, une garantie de l'anonymat et un recueil du consentement oral concernant l'enregistrement de l'entretien.

Nous avons réalisé deux entretiens test, afin de vérifier la pertinence des questions posées et leur intelligibilité. Ceux-ci s'étant révélés conformes à nos attentes, nous les avons pris en compte pour l'analyse finale. Nous avons ensuite poursuivi les entretiens jusqu'à saturation des données (au huitième entretien) et en avons réalisé deux autres pour confirmer cette saturation.

2.8. Traitement et analyse des données

2.8.1. Retranscription des données

Les entretiens enregistrés au moyen d'un enregistreur numérique, ont été retranscrits intégralement à l'écrit.

Cette retranscription mot pour mot nous a permis d'obtenir un matériel respectant l'expression des sujets et assurant la fidélité. Cela explique que nous n'ayons pas corrigé certaines erreurs de syntaxe, mais aussi que certaines phrases soient interrompues avant leur fin. Afin de respecter la confidentialité des propos, les citations extraites pour illustrer les données de l'analyse sont précédées d'un « M » pour « médecin » et d'un chiffre correspondant à la chronologie de réalisation des entretiens. Les noms cités sont remplacés par une lettre.

2.8.2. Analyse des données

L'analyse thématique des données a été réalisée selon la méthode par théorisation ancrée ou « grounded theory method » de Barney Glaser et Anselm Strauss (17). Cette méthode consiste à réaliser un codage dont les phases (codage ouvert, codage axial et codage sélectif) ne se succèdent pas mais s'enrichissent mutuellement.

- Le codage ouvert consiste à ouvrir un maximum de pistes de recherches à partir du matériel collecté.
- Le codage axial relie les propriétés entre elles.
- Le codage sélectif sélectionne les éléments pertinents.

En pratique ce codage a été réalisé à l'aide du logiciel N'Vivo. Nous avons fractionné le discours et extrait des éléments de conversation jugés pertinents. Puis selon l'idée qu'ils véhiculaient, nous les avons organisés en regroupements thématiques appelés « noeuds ». Ces « noeuds » ont ensuite été déclinés en sous-catégories ou « sous-noeuds » selon la particularité de l'idée émise.

Les codages ont ainsi été répartis en thèmes d'intérêt, dont l'organisation se calque en partie sur la trame du guide d'entretien. L'interprétation des résultats qualitatifs est communiquée sous la forme du travail d'analyse réalisé avec le logiciel N'Vivo. Ce logiciel dédié à la recherche qualitative a été validé par plusieurs études comparatives de logiciels d'analyse (18).

3. RÉSULTATS

3.1. Résultats descriptifs : caractéristiques de l'échantillon

Les répondants étaient des médecins généralistes installés, collaborateurs ou remplaçants. Leurs lieux d'exercice se situent dans 3 départements : la Loire-Atlantique, le Var et l'Isère.

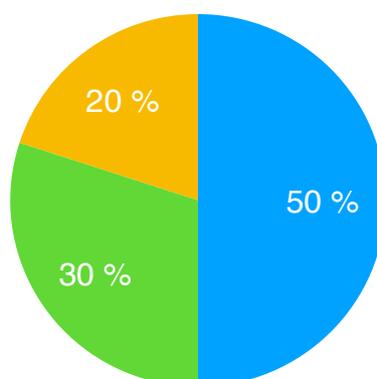
Nous avons réalisé dix entretiens, la saturation des données a été obtenue au huitième entretien et nous en avons réalisé deux autres afin de confirmer la saturation et équilibrer notre échantillon. Nous avons eu quatre refus, trois par manque de temps et un par manque d'intérêt et d'expérience sur le sujet.

Les entretiens ont duré en moyenne 27 minutes, le plus court a duré 16 minutes et le plus long 39 minutes.

Age des médecins interrogés

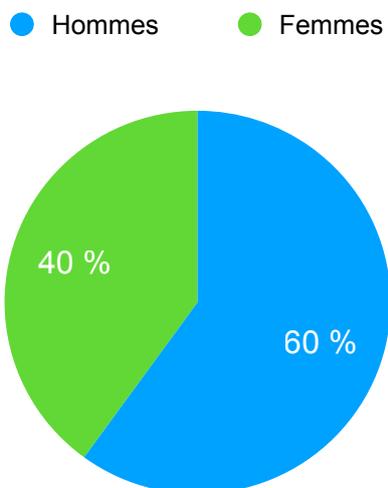
L'âge moyen des participants est de 43 ans, le plus jeune étant âgé de 29 ans et le plus âgé de 69 ans.

● 20-40 ans ● 40-60 ans ● Plus de 60 ans



Répartition par genre

Nous avons interrogé 4 femmes et 6 hommes.

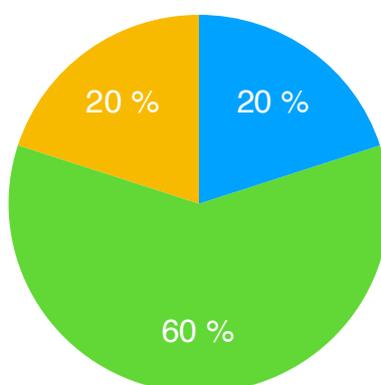


Lieu d'exercice

Deux médecins exercent dans une zone urbaine dense avec plus de 50000 habitants.

Six médecins exercent dans une zone urbaine entre 5000 et 50000 habitants.

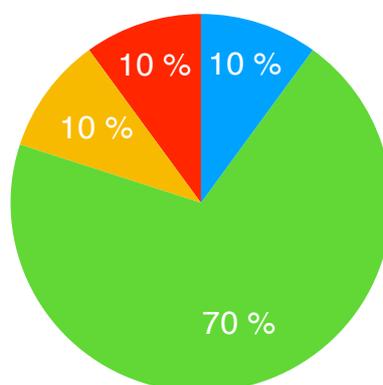
Deux médecins exercent dans une zone rurale intermédiaire entre 300 et 5000 habitants.



Nombre de patients suivis par an

70% des médecins interrogés estiment entre 10 et 20 le nombre de patients en cours de traitement anticancéreux suivis par an.

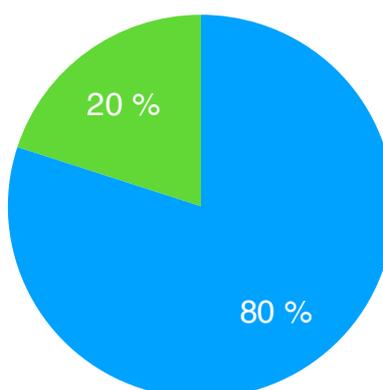
● < 10 ● 10-20 ● 20-30 ● > 30



Formation complémentaire

20% des médecins interrogés ont suivi une formation en oncologie et/ou en nutrition, sous forme de formation continue.

● Aucune formation ● Formation continue



3.2. Résultats qualitatifs

Ces résultats reflètent les concepts ayant émergé de l'analyse du verbatim des médecins généralistes issus de nos entretiens et analysés selon la méthode par théorisation ancrée. Les idées abordées sont donc organisées selon leur thème d'analyse. Pour chacun, nous présentons les notions fortes et les illustrons au moyen de citations extraites des discours des médecins interrogés.

PARTIE A : Les représentations sur l'alimentation et la dénutrition des patients en cours de traitements anticancéreux

3.2.1. Représentations sur l'alimentation

- Pour la majorité des médecins interrogés, l'alimentation est avant tout une source de plaisir :

M2 « *L'alimentation pour moi c'est du plaisir, j'aime bien manger, c'est un moment de partage c'est un moment où on se retrouve avec les proches, avec la famille, c'est un moment convivial où au niveau social il y a plein de choses qui se passent. C'est un moment que j'apprécie particulièrement, où on prend le temps, où on partage.* »

M4 « *Pour moi l'alimentation c'est un plaisir, le partage, la convivialité. J'adore cuisiner, aller au restaurant.* »

M5 « *Cela représente un grand plaisir de la vie, probablement l'un des plus importants. C'est pour moi aussi une occasion d'échange, que ce soit avec mon conjoint (qui est mon partenaire de table le plus habituel), ou mes amis, quand je vais au restaurant. J'aime beaucoup cuisiner, c'est un plaisir.* »

- Mais c'est aussi une nécessité :

M1 « *Et bien on a besoin de manger pour vivre.* »

M3 « *Personnellement, c'est un plaisir, et c'est aussi du carburant pour avancer.* »

- Pour certains, l'alimentation est également une variable que l'on peut maîtriser, pour prendre soin de sa santé :

M5 « *Mais je suis également assez attentive à ce que je mange, je réfléchis beaucoup aux produits que je vais acheter, que je vais choisir, en faisant attention à ce que ce soit équilibré.* »

M6 « *C'est vrai que ça fait partie des choses que l'on peut contrôler, et puis bon les gens maintenant font de plus en plus attention à leur alimentation. Moi je fais attention [...] c'est très important, l'hérédité on ne le maîtrise pas, la nutrition on peut la maîtriser en partie.* »

- Elle peut renvoyer à l'idée de maternage, de transmission :

M4 « *C'est aussi, comme pour les bébés, les enfants, un moyen de donner, ça me renvoie à mon rôle de mère.* »

M1 « *J'aime faire à manger, j'aime passer du temps en cuisine avec mes enfants pour leur apprendre.* »

M5 « *Aussi, il y a un côté « héritage familial », puisque ce sont ma mère et ma grand-mère qui m'ont appris à cuisiner.* »

3.2.2. Représentations sur la dénutrition

- Pour les médecins interrogés la dénutrition a une origine multifactorielle associant :

- des modifications d'organes, du métabolisme :

M2 « *Il y a les obstacles avec les cancers digestifs.* »

M4 « *Je pense que le cancer en lui même peut faire maigrir.* »

M5 « *Il y a certains cancers spécifiques, je pense aux cancers digestifs potentiellement qui vont certainement avoir un rôle [...] Puis, peut-être que la maladie cancéreuse peut aussi, de manière globale, entraîner une anorexie.* »

M6 « *Des phénomènes occlusifs peut-être, sur des tumeurs évoluées déjà [...] Je me rappelle qu'on avait un monsieur avec un cancer de l'œsophage, c'est vrai qu'on l'a vu maigrir à vue d'œil.* »

- des effets secondaires des traitements anticancéreux :

M1 « *Il y a aussi tous les effets secondaires des chimiothérapies qui font qu'ils ont mal dans la bouche, ils sont dégoûtés et ils ont des nausées.* »

M2 « *Avec les traitements évidemment il y a des effets secondaires, la modification du goût, les nausées. Je pense que les troubles du transit jouent aussi, peut être que les patients se disent que tel ou tel aliment vont aggraver des diarrhées* »

M4 « *Après il y a les effets secondaires des chimios : les nausées surtout, la perte du goût aussi. Comment voulez vous avoir faim quand tout à goût de carton? Quand je vois l'état de leur bouche aussi, les mucites, les candidoses ou les radiothérapies qui brûlent la gorge, la langue toute gonflée...* »

M7 « *Il y a les effets secondaires des traitements qui doivent jouer pas mal, tout ce qui va être nausées, douleurs abdos, troubles digestifs, donc pas mal de chimio, de radiothérapie peuvent jouer dedans à mon avis.* »

- le résultat d'une souffrance psychologique :

M3 « *Déjà il y a le syndrome dépressif, clairement le moral leur coupe l'appétit [...] je me souviens d'un monsieur, lui, c'était un lymphome. Il a fait plusieurs rechutes de lymphome. Il s'est dénutri, je pense qu'il y a eu l'âge et un gros syndrome dépressif. Au niveau de l'alimentation il était tout seul à domicile, il n'avait pas d'aide. Je pense que le syndrome dépressif n'a pas du l'aider beaucoup.* »

M6 « *Et puis il peut y avoir le côté moral aussi, Quelqu'un qui sait qu'il a un cancer...»*

M1 « *Ils sont fatigués aussi et largement déprimés, donc ils ne vont pas manger quand ils ne sont pas bien.* »

- des erreurs diététiques :

M10 « *Je dirais aussi qu'il y a beaucoup de personnes qui sont un peu scrupuleuses, qui ont peur de prendre tel ou tel aliment : « là j'ai un petit peu de sel, là y'a trop de sucre, là y'a trop de cholestérol », donc ils se privent énormément [...] C'est vrai que cela peut-être aussi une cause, les gens qui ont peur en pensant que c'est mauvais pour leur santé.* »

• Pour certains, c'est un cap à passer :

M5 « *Je pense que la personne jeune en bonne santé, si elle est dénutrie à cause de son cancer, j'ai tendance à me dire que après la chimio passée, elle va se replumer, elle va se remettre plus facilement, ça ne sera qu'un cap.* »

M10 « *Surtout que là on est vraiment dans le curatif, souvent après ça remonte quand même, c'est un mauvais moment à passer.* »

- Pour tous, la dénutrition est un signe de mauvais pronostic :

M3 « Ça les met K.O. Moi je pense que c'est une perte de chance. Lorsqu'ils sont dénutris, c'est leurs réserves. Quand ils commencent à attaquer leurs réserves, vous vous dites que ça ne sent quand même pas très bon. »

M5 « Moi, en tant que médecin, je me dis que s'il y a une dénutrition c'est de mauvais pronostic. Soit si elle est antérieure au traitement, soit si elle survient pendant un traitement, ce n'est jamais très bon qu'un patient ne puisse plus s'alimenter ou qu'il soit dénutri. »

M6 « On sait que c'est un mauvais pronostic. Indépendamment du cancer on sait que c'est un mauvais pronostic. »

M7 « Une baisse de l'espérance de vie, majoritairement. »

- La dénutrition est également perçue comme source de nombreuses complications :

M10 « Fatigue, faiblesse musculaire, et puis c'est une vulnérabilité vis à vis des infections »

M2 « On peut avoir une amyotrophie, avoir moins de muscles et donc plus de mal à se déplacer. Ils sont plus susceptibles de faire des complications comme des escarres, ils sont plus à même d'attraper des infections. »

M5 « Cela peut vraiment être l'occasion de chute, d'escarres, de comorbidité infectieuse, qui vont complexifier les choses en plus du cancer »

M4 « Pour la chirurgie aussi, quand on est dénutri, on cicatrise forcément moins bien »

- Et comme un facteur limitant pour traiter le cancer :

M3 « *J'avais un monsieur qui avait un Waldenström, en fait il perdait régulièrement du poids. Donc finalement on aurait pu continuer à le traiter, mais du fait de ces effets secondaires il a été contre-indiqué à ces traitements là, et une fois épuisé tous les traitements possibles, il a est passé en palliatif.* »

M4 « *Je me souviens d'un jeune patient, la quarantaine, qui avait un cancer du poumon [...] une nouvelle chimio n'était pas envisageable à cause de sa perte de poids, de la dénutrition, ça avait vraiment été le facteur limitant pour les traiter. Il avait refusé la sonde... Ça n'avait pas été facile à accepter pour sa famille, après ça il s'est dégradé très rapidement.* »

3.2.3. Représentations sur les patients et leurs proches

- L'alimentation n'est pas un motif fréquent de consultation :

M4 « *Ils viennent rarement pour ça [...] c'est plus moi qui vais leur parler de l'amaigrissement.* »

M7 « *Tout sauf l'alimentation. Leur demande c'est de savoir s'ils vont survivre [...] Ce n'est pas un sujet dont ils parlent énormément, de base l'alimentation n'est pas vraiment le sujet dont ils parlent le plus.* »

M9 « *Je n'avais pas eu de nouvelles d'un patient qui est mort entre temps, qui est mort il y a 2 mois, et en fait je me suis rendu compte en regardant son dossier que c'est moi le dernier qui l'ai vu au cabinet, et c'était au mois de novembre. Je me dis que c'est vrai que ce patient là avait très peu consulté* »

M10 « *Dans ce cadre du curatif ? Il n'y a pas trop de demandes en fait, sauf ceux qui effectivement s'inquiètent de se voir maigrir, donc qui demandent des compléments alimentaires ou des bilans, mais généralement il n'y en a pas.* »

- Pourtant, l'amaigrissement est perçu comme une source d'inquiétude :

M2 « *Et puis il y a la perception de l'image de leur corps, se voir amaigri et pour pas mal de gens c'est un signe d'évolution de la maladie, ça doit être difficile psychologiquement. Ils ont l'image du crabe qui les rongent.* »

M1 « *Ça les inquiète de perdre du poids ils se demandent quand cela va s'arrêter, quand ça s'arrête ils sont contents que ça se stabilise.* »

M3 « *Souvent ils rentrent comme ça dans la maladie, ils se décharnent, du coup cela renvoie à l'image d'un patient malade. Souvent en plus ce sont les muscles qui partent, donc ils ont vraiment un physique de patient malade.* »

- Les patients sont parfois en demande de conseils diététiques :

M2 « *Justement ils veulent savoir ce qu'ils peuvent et ce qu'ils doivent manger, en quantité et en qualité. Ils demandent s'ils doivent prendre plus de protéines par exemple. Est ce qu'ils doivent manger plus ? Ça c'est une demande qui revient souvent.* »

M5 « *Ce qui revient beaucoup, je pense, est le lien avec la maladie : est-ce que manger c'est bien pour le pronostic ou pas ?* »

- Les patients expriment certaines croyances :

M7 « *Après, les dénutritions, il y a pas mal de croyances aussi qui jouent chez les patients, parce que quand on reprend les choses avec eux c'est peut être un peu compliqué, il y a des choses qu'ils ne veulent pas prendre, pas manger, pour ne pas avoir telle chose, telle chose, telle chose, ça ce n'est pas simple.* »

M4 « *Sinon il y a de plus en plus souvent ces nouvelles croyances autour du jeûne ou du curcuma, des aliments magiques comme ça. Moi je trouve ça très dangereux ces discours autour du jeûne.* »

M5 « *Il y a aussi les questions de quels aliments je dois éviter, quels aliments va être mauvais pour ma santé à cause de mon cancer, avec pas mal de croyances avec des aliments qui vont être un peu magiques : des baies de goji, je-sais-pas-quoi... (les trucs en phytothérapie un peu parallèles là).* »

- Les proches expriment leurs inquiétudes :

M5 « *Après, j'ai l'impression que ce sont des questions qui sont beaucoup posées par l'entourage aussi.* »

M7 « *Les aidants veulent savoir ce qu'il faut faire à manger.* »

M9 « *c'était souvent le conjoint qui disait « alors je suis venu avec, parce que faut que je vous dise, il ne mange plus docteur » »*

PARTIE B : Les pratiques des médecins généralistes

3.2.4. L'évaluation de l'état nutritionnel

- Certains pensent qu'elle est trop tardive :

M4 « *C'est vrai que je ne m'y intéresse que quand je vois une dénutrition, je ne vais pas forcément y penser avant qu'ils perdent du poids, c'est dommage* »

- Le poids est l'outil de mesure le plus utilisé :

M2 « *Je les pèse, je les mesure, j'évalue l'IMC.* »

M10 « *Et bien déjà par le poids, en premier* »

M3 « *C'est le poids. Cela peut être sur la prise de sang, mais souvent le premier élément c'est le poids.* »

M4 « *Je les pèse bien sur et je regarde la perte de poids par rapport à la dernière consultation.* »

M5 « *Et bien, pour l'évaluer, je le pèse, je calcule son IMC, un IMC inférieur à 18 je me dis « attention ». Il y a aussi, surtout, la perte de poids rapide, je ne sais plus trop le pourcentage, mais je pense qu'une perte de 10 % du poids, c'est un peu préoccupant.* »

M9 « *Bah moi, le poids, en plus maintenant que je fais de la gériatrie, 10 % du poids corporel c'est un truc qui me fait « tilt » quoi. Quand quelqu'un a perdu 10 % c'est qu'il y a un problème.* »

- Mais certains en pointent les limites :

M7 « *Sur le poids, pas vraiment, le problème c'est qu'il y a pas mal d'œdèmes qui sont pris donc moi le poids ce n'est pas une donnée que j'aime bien.* »

M8 « *sauf que le poids n'est pas un bon argument, quand il y a de l'ascite, cela fait prendre du poids et ce n'est pas pour autant un bon marqueur.* »

- L'examen clinique est variable :

M2 « *Cliniquement je regarde s'il n'y pas une amyotrophie au niveau des cuisses, des bras. Je pourrais utiliser un mètre ruban, mais dans les faits je trouve cela hyper anxiogène pour le patient donc je ne le fais pas.* »

M7 « *Après il y a l'état cutané qui joue : si tu n'as pas de plaies, pas d'escarres, souvent c'est que cela ne va pas si mal que ça. Puis si la peau a une belle couleur on a déjà gagné des points.* »

M9 « *Je regarde d'abord la langue des gens toujours. Deuxièmement le plis cutané.* »

M5 « *Après, je sais qu'il y a des choses théoriques que je ne fais pas hein, comme la mesure du pli musculaire, etc. soyons sincères, je ne le fais pas.* »

- Certains médecins évaluent globalement les ingesta :

M2 « *Je demande classiquement ce qu'ils mangent sur une journée pour essayer d'évaluer les apports.* »

M4 « *Je leur demande ce qu'ils mangent aussi en une journée, pour me faire une idée.* »

M5 « *Si je constate et suspecte une dénutrition, je vais demander effectivement comment la personne mange, qui fait à manger [...] et puis l'apport carné par exemple ou les apports en protéines, je vais les questionner.* »

- La plupart des médecins demandent un dosage de l'albumine et de la pré-albumine :

M6 « *Une fois que j'ai fait ça, on peut s'aider d'un bilan biologique, moi c'est vrai que je dose souvent l'albumine.* »

M5 « *Après il a des examens para-cliniques. Donc ce sera l'albumine et la pré-albumine.* »

M3 « *Ils ont perdu du poids donc je fais la prise de sang pour faire un dosage d'albumine.* »

M2 « *Après au niveau biologique je demande un bilan classique avec une albumine et une pré-albumine.* »

- Les médecins interrogés n'utilisent pas d'échelle, de score :

M6 « *Non. Alors les échelles parce que je ne les connais pas, les questionnaires, ça prend du temps. Voilà. Et à 25€ la consultation on ne peut pas se permettre.* »

M8 « *Non. Trop long. Trop long d'utilisation, surtout sur les consultations actuellement où on a quatre ou cinq motifs de recours, le traitement à gérer...* »

3.2.5. Les objectifs de prise en charge

- L'objectif principal est de stabiliser le poids et de normaliser les paramètres biologiques :

M1 « *Je dirais de stabiliser le poids ou de le faire remonter et faire remonter l'albumine dans les normes.* »

M8 « *En terme de poids, hors ascite ou œdème, du coup d'essayer de stabiliser les choses le plus souvent possible et d'avoir une albumine correcte.* »

M2 « *Si c'est en ambulatoire, pour moi l'objectif c'est de stabiliser le poids, c'est ce qui me semble raisonnable à mon échelle.* »

- La qualité de vie peut également être prise en compte :

M7 « *Qu'ils arrivent à reprendre du plaisir à manger, parce que dans ma tête, s'ils ont du plaisir à manger ils arriveront à manger.* »

M8 « *On va dire que l'objectif souvent se fixe par rapport à l'état général, c'est-à-dire qu'ils se sentent en forme, qu'ils se sentent bien.* »

3.2.6. La prise en charge thérapeutique

- Les médecins interrogés conseillent d'enrichir l'alimentation :

M1 « *L'enrichissement alimentaire, faire une alimentation plaisir. Rajouter de la crème, rajouter du fromage dans les pâtes les soupes, les bouillons pour enrichir. J'ai une feuille qu'on avait eu en formation sur comment enrichir une alimentation sans avoir recours forcément aux compléments alimentaires qui son infâmes. Donc enrichir l'alimentation d'abord et après proposer des compléments HP ou HP/HC.* »

M4 « Ça dépend, si la dénutrition n'est pas trop sévère je leur conseille de manger ce qui leur fait plaisir et d'enrichir leur plats, avec du beurre, de la crème... on oublie le régime cholestérol. Je leur conseille la viande le poisson, les oeufs pour les protéines. »

M7 « Ce que moi je leur dis c'est d'essayer d'être dans le plaisir avant tout, de faire à manger, de ne pas hésiter à mettre un peu plus de beurre et de protéines que d'habitude et de manger de tout. »

- Les médecins interrogés prescrivent des compléments nutritionnels oraux, de façon empirique :

M1 « je mets des compléments alimentaires en leur précisant que c'est en plus de l'alimentation. Donc moi par exemple je vais leur dire « mangez votre repas et à la fin du repas vous prenez un complément alimentaire » parce que si vous prenez un complément alimentaire au gouter, le soir vous n'avez plus faim. »

M3 « Pour savoir s'il faut donner un ou deux compléments alimentaires par jour, je le fais un peu au « pifomètre », je le fais surtout en fonction de comment le patient est OK pour l'accepter. Des fois, j'en mets d'emblée deux par jours lorsque je vois qu'ils sont vraiment dénutris, en me disant « peut-être qu'il en prendra au moins un complet », car généralement ils ne prennent jamais tout ce que vous prescrivez à la maison.»

M4 « Je prescrit des compléments alimentaires. Un ou deux par jour ça dépend, de toutes façons j'ai l'impression qu'ils ne les prennent pas trop... »

M8 « L'idée c'est qu'ils mangent quand-même toujours un peu, que leur principale source d'apport protéique soit l'alimentation générale, avec en plus des compléments alimentaires. »

M10 « Je suis influencé forcément pas les prescriptions hospitalières, donc en fait, si ils donnent beaucoup de tel ou tel truc et bien j'en redonne aussi, c'est comme ça que ça marche [...] en fonction du goût aussi des gens, il y en a qui disent « oh bah ça ce n'est pas bon » et d'autres qui trouvent ça vraiment très bon donc on essaye d'adapter. »

- Ils gèrent peu souvent les effets secondaires des traitements :

M7 « *Pour les effets secondaires des traitements je leur demande de voir ça avec leur oncologue, parce qu'en fait on ne maîtrise pas les produits aussi bien que les oncologues, et du coup je préfère que ce soit eux qui mettent en place leurs protocoles.* »

M1 « *Après il y a les anti-émétiques, mais quand ils sont dans leur protocole de chimio, ils sont bien pris en charge pour ça, ce sont les spécialistes qui gèrent* »

M9 « *Par contre, j'étais assez attentif, et ça se sont les oncologues qui me l'ont appris, sur les soins de bouche. Je trouve que ça il faut vraiment insister, toujours regarder, traiter, parce que quelques fois c'était quand-même des choses que nous pouvons régler, que ce soit avec des préparations, la fungizone, le bicarbonate, l'eau bicarbonatée* »

- Certains ont déjà utilisé les corticoïdes comme traitement orexigène :

M10 « *quand on donne des corticoïdes à quelqu'un qui est très fatigué, ça stimule l'appétit [...] disons que s'il n'y a que ça comme symptôme, peut-être pas, mais si le patient est fatigué, a des douleurs et une perte d'appétit, là je peux le prescrire* »

M9 « *mais c'est vrai que moi j'ai fait partie des gens qui ont fait beaucoup de corticothérapie, parce que ça avait un effet aussi antalgique, un effet psycho-stimulant, et orexigène certainement.* »

PARTIE C : Le médecin généraliste et la nutrition artificielle

3.2.7. L'expérience

- Les médecins disent avoir peu d'expérience de la nutrition artificielle dans le contexte des patients en cours de traitement anti-cancéreux :

M1 « *Depuis que je suis installée, deux fois mais ce n'était pas pour des patients atteints de cancer.* »

M4 « Très mince...j'ai eu deux patients qui ont eu ça, un pour un cancer du pancréas et un autre pour un cancer de l'oesophage. »

M6 « J'ai eu des patients, mais alors il y a longtemps, qui étaient en HAD, mais ceux-là c'était du palliatif. »

3.2.8. Les représentations négatives sur la nutrition artificielle

M5 « Je n'en ai pas une image très bonne [...] puis, cela rend la vie plus compliquée pour la personne, cela va altérer la qualité de vie, limiter le déplacement, etc. puis c'est affichant, comme la sonde naso-gastrique par exemple, ça peut être difficile à vivre. »

M10 « Les complications c'est quasi systématique. Je n'ai pas vu de complication grave, mais c'est pratiquement tout le temps au niveau des orifices. J'ai vu souvent des irritations, des infections, oui c'est assez fréquent. »

M4 « Pour eux ça doit être difficile. »

3.2.9. Les connaissances théoriques

M2 « Pour moi l'indication c'est quand la prise orale n'est plus possible, donc surtout les obstacles des cancers digestifs et on l'arrête quand on a levé l'obstacle et que ça a bien cicatrisé. J'imagine que la reprise doit se faire très progressivement. »

M5 « Pour moi, en théorie, l'objectif est de passer un cap, c'est-à-dire que ça ne doit pas être pérenne, ça ne doit pas être une solution définitive, mais ça peut être une solution temporaire. Je suppose, en cas de dénutrition sévère, avec une impossibilité de renutrition per os. »

M7 « C'est vraiment : tu as un choc, post-chir, post-chimio, post-n'importe quoi, tu as une indication aiguë d'un mois et tu mets en place pour un mois, et tu stoppes après. »

M8 « *Après j'ai un peu mon idée quand-même, l'indication exacte je ne l'ai pas en tête, mais j'imagine que c'est en cas d'échec, soit un obstacle qui empêche l'alimentation type tumeur ORL, œsophagienne ou gastrique, ou du tube digestif, qui vraiment empêche une alimentation correcte, soit vraiment des gens sur lesquels on est encore sur du curatif et qui perdent du poids de manière intense, et qu'on arrive pas à régler par le biais de l'alimentation, qu'ils ne mangent plus rien.* »

3.2.10. La nutrition artificielle en pratique

- Les médecins généralistes se disent peu sollicités pour s'occuper des patients avec une nutrition artificielle à domicile :

M7 « *Je trouve qu'on n'a pas mal de suivi d'informations là-dessus. Les prestataires sont assez bien pour ça ici. Après sur de l'onco adulte, j'en ai eu en HAD mais je n'ai jamais eu besoin de rien gérer, c'est l'hôpital qui fait, c'est l'HAD qui est en place : ils lui mettent en place, c'est eux qui arrêtent, c'est l'infirmière qui se déplace... Nous on a aucun souci. Vraiment tout est très bien organisé en amont, je ne fais rien du tout.* »

M4 « *j'ai eu deux patients qui ont eu ça, un pour un cancer du pancréas et un autre pour un cancer de l'oesophage, ce n'est pas moi qui gérait, ça a été posé à l'hôpital et c'était un prestataire qui passait pour amener le matériel, les poches... Je n'avais rien à faire.* »

M1 « *Ils sont pris en charge par l'HAD, tout ce qui va être gestion des poches, de débit, de temps, c'est l'HAD qui nous dirige.* »

- Certains se disent prêts à le faire, à condition d'avoir des directives claires et des interlocuteurs spécialisés :

M3 « *Après le reste, je suis OK pour faire pleins de trucs. Si c'est bien cadré, que vous avez une équipe avec qui discutez, et que si vous ne savez pas trop faire mais que vous avez quelqu'un qui vous dit « on adapte comme-ci, comme-ça », que t'as un interlocuteur, cela ne me dérange pas de faire ce genre de choses.* »

M5 « *Et puis bon, ça implique de mettre en place un réseau de soins autour de la personne avec des infirmières à domicile, etc. Bon après cela reste des choses qui sont faisables, mais qui doivent être organisées [...] Rien que pour faciliter la vie des gens, si leur médecin généraliste ne peut plus suivre ça, c'est gênant. Moi je pense que je serais tout à fait prête à m'occuper de ça.* »

- D'autres expriment des réticences à cause de leur manque de temps et d'expérience :

M3 « *Le temps. Mon problème principal aujourd'hui serait plutôt les gens qu'il faut revoir régulièrement à domicile [...] Le dernier que j'ai eu en HAD, c'était pareil, une histoire de nutrition parentérale, je l'avais au téléphone toutes les 48 heures, tu ne peux pas te déplacer une heure à domicile toutes les 48 heures.* »

M5 « *La difficulté va être mon incompétence. Je n'ai pas d'expérience dans le domaine, il faudra que je me forme en parallèle. Cela va potentiellement être source de complications.* »

M6 « *Oui, ça peut me poser problème dans le sens où je n'ai pas de formation dessus. Et puis c'est quand-même très occasionnel, puisque vous voyez en 28 ans je n'ai jamais dû en imposer, et j'ai du gérer une fois ou deux et c'est tout. De toutes façons, la difficulté, c'est que nous n'avons pas assez de connaissances là dedans. Et ce qui est exceptionnel, on va pas forcément approfondir.* »

PARTIE D : Les difficultés et les besoins des médecins généralistes

3.2.11. La coordination, le besoin de trouver sa place

M5 « *Ce que je peux déplorer, et ça récemment encore, le manque de communication entre les services spécialisés d'oncologie et la ville [...] je pense que si ce lien n'est pas forcément fait c'est que certains spécialistes doivent estimer que le médecin généraliste est rapidement débordé donc ils ne comptent pas trop sur nous, alors que je pense, au contraire, que plus on a d'infos et mieux on peut prendre en charge les gens.* »

M5 « *Cela n'est pas facile spontanément, je pense, parce que cela demande un bon réseau.* »

M6 « *Après, ils ont parfois des consultations, je crois, à la clinique de l'Estuaire avec une nutritionniste, mais bon ça ça nous échappe complètement, on n'est pas au courant.* »

M2 « *Plus de communication, plus de collaboration pour savoir quel rôle on a en tant que généraliste, quelle place on doit tenir entre les spécialistes, l'HAD, les IDE à domicile etc..* »

M9 « *Ce que je vais trouver énervant souvent dans la coordination c'est le temps qu'on passe au téléphone, mais ce n'est pas nouveau et c'est pire d'ailleurs maintenant.* »

3.2.12. Du temps, des consultations dédiées

M10 « *Il est vrai que faire ça nécessiterait une consultation dédiée. Et donc on a pas trop le temps quand on a 1700 patients.* »

M6 « *Ou alors qu'on prenne une consultation pour ne faire que ça. Vous savez bien on court après le temps. Si on veut bien faire les choses, ce serait ça.* »

M8 « *Il faudrait une consultation ciblée sur ça.* »

3.2.13. Etablir un suivi alimentaire

M3 « *Il faudrait faire une vraie prise en charge nutritionnelle, car souvent lorsque vous interrogez les gens ils vous disent vaguement ce qu'ils mangent, « un peu de viande... le midi... et encore pas tous les midis... puis des fois je saute les repas. » Ce serait plutôt mettre en place un calendrier nutritionnel.* »

M7 « *Je pense que ce qui serait intéressant c'est d'avoir une idée plus réelle de ce qui se passe au domicile, d'avoir un suivi, soit sous forme de questionnaire que les patients rempliraient pour qu'on sache exactement leurs activités, en peu de ce qu'ils ont mangé, mais plus un carnet des activités, de comment ils se sentent, etc. pour voir si les apports sont suffisants. Ça pourrait être intéressant.* »

3.2.14. La formation, le besoin d'être sensibilisé

M10 « *Je pense qu'il m'aurait fallu une petite formation spécifique sur le sujet.* »

M7 « *Il manque toujours un peu de formation, ça ne fait pas de mal, mais après est-ce que c'est la formation que je choisirais entre toutes celles que j'ai à faire ?* »

M8 « *d'avantage de formation sur l'alimentation de manière générale, avec les compléments alimentaires... Voilà, on est toujours preneur d'une bonne formation. On ne saura jamais sinon.* »

M4 « *Et bien en répondant à vos questions je me rends compte que je ne suis pas assez systématique. Par exemple je me rends compte que je ne les pèse que quand je vois qu'ils ont perdu du poids, pas à chaque fois. Donc je dirais qu'on a besoin d'être formé et sensibilisé à ça.* »

4. DISCUSSION

Nous discuterons ici de la méthodologie de notre étude afin d'en dégager ses apports et ses limites. Nous reviendrons sur certaines idées en les comparant à la littérature existante, nous déterminerons les leviers et les freins à la prise en charge des patients en cours de traitement anticancéreux par les médecins généralistes, afin de proposer des pistes d'amélioration.

4.1. Intérêts de cette étude

- Liés à la méthode :

L'intérêt principal de cette étude réside dans le choix de sa méthode. L'étude qualitative s'inscrit dans une démarche de production de théories et d'émergence de concepts novateurs, en mettant l'accent sur la compréhension des phénomènes par le recueil de points de vue, de croyances, de règles de compréhension communes à un groupe. Nous n'avons pas voulu nous limiter à une évaluation des pratiques ou à une étude descriptive observationnelle, mais comprendre les mécanismes décisionnels, déterminer les leviers et les freins à la prise en charge, afin de proposer des pistes d'amélioration.

- Liés au choix du sujet :

L'étude de l'alimentation des patients en cours de traitement anticancéreux du point de vue de la médecine générale est un sujet qui a été peu exploré. Pourtant la prise en charge nutritionnelle s'inscrit dans une prise en charge plus globale et pluridisciplinaire dans laquelle le médecin généraliste a toute sa place. Nous abordons donc ce sujet sous un angle innovant, celui de la médecine générale.

- Liés au déroulement des entretiens :

Le choix de l'enquête qualitative par entretiens semi-dirigés permet un recueil de qualité. D'une part l'entretien en face à face permet de créer un climat de confiance propice aux révélations. Par une attitude d'écoute, le sujet se sent investi, il est la source de connaissances que nous n'avons pas. D'autre part l'utilisation d'un guide d'entretien composé de questions ouvertes permet de ne pas limiter le discours et peut faire naître de nouvelles idées ou axes de recherche.

4.2. Limites de cette étude

- Liées au type d'étude :

Pour assurer la validité interne de notre étude, il aurait été intéressant de comparer nos résultats avec une autre source de données.

Dans une analyse qualitative de ce type, il convient de vérifier que les données recueillies représentent la réalité, c'est la validité interne. Une des façons d'y parvenir est de recourir à la technique de triangulation. La triangulation implique l'utilisation de multiples sources de données, d'investigateurs et de méthodes afin d'obtenir des données qui se confirment ou se corroborent. La logique de la triangulation part du principe que chaque méthode met à jour différents aspects de la réalité empirique, et constitue un moyen de contrôle de validité inter-donnée (19).

- Liés à la population étudiée :

Nous ne pouvons prétendre à une significativité statistique pour étendre nos résultats à la population des médecins généralistes français. L'âge moyen, le sexe-ratio ainsi que le lieu d'exercice ne sont pas représentatifs :

- en France, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière est de 50,6 ans (20) alors qu'il est de 43 ans dans notre échantillon ;
- le sexe ratio est de 48,2% (20), alors qu'il est de 40% dans notre échantillon.

Cependant nous avons défini un échantillon représentatif qualitativement, c'est à dire prenant en compte une population suffisamment hétérogène pour refléter une diversité de points de vue.

- Liées au recrutement :

Nous n'avons pas établi de protocole de recrutement, celui-ci s'est fait par connaissance ou à partir de personnes sources, ce qui constitue un biais de sélection. Les médecins ont été interrogés dans trois départements, choisis pour des raisons pratiques par rapport à notre lieu de travail et lieu de vie.

Par ailleurs, les médecins ont accepté de participer par intérêt pour notre objet d'étude, ce qui peut constituer un biais d'auto-sélection par volontariat.

- Liées aux conditions de l'entretien :

Nous ne pouvons prétendre à un recueil exhaustif. La conduite de l'entretien peut s'avérer complexe et la richesse du recueil des données dépend de l'expérience du chercheur.

D'autre part, l'intervieweur doit garder une position neutre et ne pas influencer les réponses des médecins interrogés. Cependant il est difficile d'effacer tout facteur influençant comme l'attitude, le ton de la voix, les réactions aux réponses et les commentaires effectués en dehors du contexte d'entretien.

Enfin des erreurs du répondant peuvent être issues d'oublis, d'une mauvaise compréhension des questions, d'une peur d'être jugé. Nous avons essayé de limiter cet effet en garantissant un respect de l'anonymat.

- Liées à l'analyse :

Nous avons choisi une méthode d'analyse inductive, réclamant une interprétation pour conceptualiser les propos recueillis. Ce type d'analyse peut donc constituer une limite avec un biais d'interprétation, du fait de la subjectivité du chercheur.

4.3. Pratiques des médecins généralistes et comparaison avec les données de la littérature

4.3.1. L'évaluation de l'état nutritionnel

Afin de comparer les pratiques des médecins généralistes sur l'évaluation de l'état nutritionnel, nous nous sommes appuyés sur les récentes recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS) (annexe 2), ainsi que celles de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolique (SFNCM) (21) pour prendre en compte les spécificités liées à la cancérologie.

- Quand évaluer l'état nutritionnel ?

Il est recommandé de dépister la dénutrition à chaque consultation et de reporter l'évaluation nutritionnelle dans le dossier médical (11). Pourtant, les médecins interrogés ne sont pas systématiques. Cette démarche est rarement proactive et intervient le plus souvent lorsqu'un amaigrissement est visible ou à la demande du patient, de son entourage.

- La perte de poids :

Les médecins interrogés se réfèrent en grande majorité à la perte de poids et à sa cinétique pour évaluer l'état nutritionnel de leurs patients. En effet une perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois est l'un des trois facteurs phénotypiques de diagnostic de la dénutrition (11). Les études montrent que la perte de poids est un bon marqueur de complications (21). Elle est associée aux complications post-opératoires, aux toxicités des chimiothérapies, à la survie et à la qualité de vie.

Certains médecins émettent une réserve quant à l'évaluation par le poids, la présence d'oedèmes ou d'ascite pouvant fausser cette mesure. Ils préfèrent dans ce cas se baser sur le dosage de l'albuminémie. Il serait préférable en cas de troisième secteur de compléter l'examen clinique par une mesure de la circonférence musculaire brachiale (avis d'experts).

- La quantification de la masse musculaire et de la fonction musculaire :

La masse et la fonction musculaire ne sont pas évaluées par les médecins interrogés, alors qu'elles font partie des critères phénotypiques de diagnostic de la dénutrition (11). Les outils les plus fiables pour l'analyse de composition corporelle sont l'impédancemétrie bioélectrique, le scanner ou l'imagerie par résonance magnétique.

En pratique courante, les mesures anthropométriques complétées par des tests fonctionnels tel que le hand grip (dynamomètre à mains mesurant la force de préhension) devraient être utilisés.

- L'évaluation des ingesta :

Quelques médecins évaluent les ingesta, le plus souvent en questionnant les patients sur ce qu'ils mangent en une journée. Leur évaluation est jugée par eux-mêmes imprécise et difficile à réaliser. La réduction des ingesta et l'anorexie sont pourtant des facteurs essentiels de dénutrition en cancérologie. Leur évaluation doit être précoce et systématique.

Aucun outil n'est connu des médecins interrogés, comme l'utilisation d'une échelle visuelle analogique (EVA) verbale ou visuelle graduée de 1 à 10, qui a été validée en cancérologie (22). Le Score d'Evaluation Facile des Ingesta® (annexe 3) est fiable et facile à utiliser en pratique courante. Un seuil inférieur à 7 par rapport aux ingesta habituels permet d'identifier les patients à risque.

- Les paramètres biologiques :

Les médecins interrogés attachent beaucoup d'importance à la mesure de l'albuminémie, considérant que celle-ci reflète bien la perte protéique. Elle est prescrite presque systématiquement. Ce critère biologique est effectivement l'un des trois critères de sévérité de l'HAS, avec un seuil ≤ 30 g/l. La SFNCM distingue quant à elle deux situations : la chirurgie pour laquelle le seuil de 30 g/l définit un risque accru de morbidité et l'oncologie médicale avec un seuil de 35 g/l. En revanche, elle est trop souvent considérée comme un critère diagnostique. Une albuminémie normale peut faussement rassurer le prescripteur, qui ne devrait pas attendre pour agir, afin de ne pas laisser le patient évoluer vers une dénutrition sévère.

Le statut inflammatoire, évalué par la mesure de la Protéine C Réactive, est un facteur aggravant de la dénutrition par augmentation du catabolisme et une diminution de la protéosynthèse musculaire. Ce paramètre fait partie du bilan biologique de routine des médecins généralistes. Mais dans leur interprétation, le statut inflammatoire n'est pas associé à une dégradation de l'état nutritionnel.

- Les scores de dépistage :

L'utilisation de scores n'est pas pratique courante en médecine générale, car méconnus et chronophages. Il est recommandé d'utiliser le Patient-Generated Subjective Global Assessment (annexe 4) ou le Mini Nutritional Assessment (annexe 5) en gériatrie. Mais les médecins interrogés les considèrent comme relevant d'une prise en charge spécialisée.

4.3.2. Les objectifs de la prise en charge

La majorité des médecins interrogés ont pour objectif la stabilisation du poids et/ou la normalisation de l'albuminémie.

Parfois un certain pessimisme est décelé dans leur discours, la perte de poids étant alors considérée comme faisant partie intégrante de la maladie cancéreuse et vue comme passage obligé dans le parcours du patient. Les objectifs de ces médecins sont de ce fait plus modestes. Nous observons que ce phénomène de façon plus marquée chez les médecins plus âgés. Cette différence d'implication pourrait s'expliquer par l'évolution de la formation initiale et par le fait que ces médecins ont connu une époque où la prise en charge nutritionnelle passait au second plan, tant les pronostiques étaient graves.

4.3.3. Les moyens thérapeutiques

- Les conseils diététiques :

Les médecins interrogés conseillent à leurs patients de privilégier une alimentation normale afin de limiter le recours aux CNO et de préserver la qualité de vie, la notion de plaisir dans l'alimentation. Dans la littérature, il est en effet démontré que pour les patients en poids stable ou en surcharge pondérale, des conseils visant l'équilibre alimentaire et reprenant les erreurs alimentaires suffisent en prévention et avant traitement (23).

La plupart des médecins recommandent à leur patients d'enrichir leur alimentation en ajoutant des matières grasses et/ou en augmentant leur consommation de produits naturellement riches en protéines. Ils tiennent compte des goûts des patients, de leurs symptômes et de leurs habitudes. Pour les patients qui avaient un régime restrictif avant l'apparition du cancer, notamment un régime hypocholestérolémiant, ils lèvent ces restrictions qui passent alors au second plan. Ces pratiques sont retrouvées en partie dans les recommandations de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (annexe 6) sur le conseil diététique personnalisé.

En revanche ces conseils sont rarement préventifs, ils sont donnés en cas de dénutrition avérée. Pourtant pour les patients dénutris ou à risque de dénutrition, le conseil diététique personnalisé est recommandé. Il est associé à des CNO lorsque l'alimentation orale devient insuffisante (EVA des ingesta < 7).

Plusieurs études ont étudié l'impact des conseils diététiques sur les patients et ont montré un bénéfice en terme de compréhension, de satisfaction, de modifications de leurs habitudes alimentaires et d'amélioration de leur qualité de vie (24,25)

- Les compléments nutritionnels oraux

Concernant les CNO, tous les médecins interrogés y ont recours, leurs prescriptions diffèrent et s'adaptent aux choix des patients. Les médecins n'ont pas une très bonne opinion des CNO, vus comme peu appétissants et trop rassasiants. Ils ont été nombreux à nous faire part de leur doutes sur l'observance de ce type de traitement. Cette intuition est confirmée par les études qui montrent que l'observance est l'un des points faibles dans les prescription de CNO et conditionne probablement l'efficacité du traitement (26).

Les indications ne sont pas connues précisément. Le nombre de CNO prescrits par jour est déterminé de façon empirique, en fonction du profil du patient, de son acceptation. Et pour cause les recommandations s'adressent à un public spécialisé et intègrent systématiquement l'association à un conseil diététique personnalisé (23).

Le choix de la marque, de la forme et du goût est souvent laissé aux patients, par soucis de ne pas imposer leurs propres préférences. Les médecins donnent des conseils, dans le but de favoriser l'observance, comme le fractionnement des prises et la consommation à distance des repas. Ces pratiques rejoignent une nouvelle fois celles du conseil diététique personnalisé. Une étude montre par ailleurs que les patients atteints de cancer préfèrent les CNO de type lacté aux CNO de type jus de fruits (27,28).

- Les traitements orexigènes

Les médecins généralistes interrogés ne les utilisent pas. Certains ont cité un effet orexigène intéressant avec la corticothérapie, mais celle ci n'est jamais prescrite dans ce seul but.

En effet, il n'est pas recommandé, en cas d'anorexie, d'utiliser systématiquement des médicaments orexigènes (avis d'experts). De même, il n'est pas recommandé de les utiliser en périopératoire, en radiothérapie ou radiochimiothérapie en phase curative (avis d'experts) (29).

- Les effets secondaires des traitements anticancéreux

La gestion des effets secondaires des traitements, et de la chimiothérapie en particulier, est laissée aux spécialistes. Les médecins interrogés estiment que leurs patients sont bien pris en charge sur ce point et que leurs connaissances sont limitées. Ceci est également retrouvé dans la littérature, où les médecins généralistes déclarent être amenés à traiter les effets secondaires chez 55% de leurs patients atteints de cancer (1).

Peu de médecins sont attentifs aux soins de bouche. Pourtant les mucites jouent un rôle important dans l'anorexie et l'altération de la qualité de vie. Elle est associée à une morbidité importante et peut entraîner des retards et des interruptions de traitement (30).

4.4. Les médecins généralistes et la nutrition artificielle

L'expérience des médecins interrogés concernant la nutrition artificielle des malades en cours de traitement anticancéreux est très mince pour deux raisons :

- la rareté de cette situation en pratique courante ;
- la gestion presque exclusive par les spécialistes, les prestataires de service ou les organismes d'hospitalisation à domicile (HAD).

Globalement, l'opinion sur la nutrition artificielle, et particulièrement sur la nutrition entérale, est mauvaise. Celle-ci est vue comme responsable de nombreuses complications (syndrome de renutrition, infections, problèmes techniques avec le matériel). Certains médecins pensent qu'elle altère la qualité de vie, limite les déplacements et stigmatise le patient. On retrouve ces freins chez les équipes soignantes et parfois chez les patients (31), ce qui explique en partie que la NE s'avère peu utilisée.

Pourtant, la nutrition artificielle à domicile semble améliorer la qualité de vie des malades et pourrait dans certains cas prolonger la survie, qu'elle s'adresse à des malades en cours de traitement ou à ceux présentant des séquelles de traitements (32). Chez les malades aux fonctions digestives intactes ou peu altérées, la NE est la technique à privilégier par rapport à la NP dont les indications doivent se limiter aux malabsorptions intestinales sévères, aux obstructions intestinales, aux échecs d'une NE bien conduite (33).

Les indications de la NE et la NP ne sont pas connues précisément. Mais les médecins interrogés ont des notions générales comme les obstructions du tractus digestif et la dénutrition très sévère. Ils précisent surtout que la nutrition artificielle doit être mise en place pour une durée limitée, avec un espoir de retour à l'alimentation orale. Ils excluent cette alternative lorsque le pronostic vital à court terme est mis en jeu.

En pratique, les répondants sont peu sollicités pour gérer les situations de nutrition artificielle à domicile. Celles-ci sont la plupart du temps mises en place au cours d'une hospitalisation et gérées par un prestataire de service et/ou l'HAD. Les médecins sont rarement appelés, ou alors pour régler un problème ponctuel qui relève de leur compétence.

Les études montrent que la mise en place d'une NE prophylactique au cours de radiochimiothérapies pour cancers des voies aérodigestives supérieures ou en cas de chirurgie lourde, serait associée à une diminution de la morbimortalité (34). Les complications sont de moins en moins fréquentes grâce au perfectionnement des techniques. Ceci suggère que l'utilisation de la NE pourrait augmenter dans les prochaines années et que les médecins généralistes pourraient y être de plus en plus souvent confrontés. Certains pointent leur manque de compétences et de temps pour gérer ce genre de situations. D'autres se disent prêts, pour faciliter l'accès aux soins et améliorer la qualité de vie des patients, à condition d'avoir un interlocuteur spécialisé et des consignes claires.

4.5. Facteurs influant sur la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes

4.5.1. La volonté d'améliorer la qualité de vie

La grande majorité des médecins consultés considère avant tout l'alimentation comme une source de plaisir, pour eux-mêmes et pour leurs patients. A l'inverse, l'anorexie et la perte de poids sont vues comme des facteurs altérant nettement la qualité de vie.

La souffrance psychologique est perçue comme cause et conséquence de la dénutrition. Cause, par l'expression d'un syndrome dépressif et conséquence, par l'inquiétude de se voir maigrir comme reflet de la maladie qui évolue.

Ces représentations se retrouvent dans leurs objectifs de prise en charge et leurs pratiques. Les médecins ont la volonté d'améliorer la qualité de vie de leurs patients, de favoriser l'alimentation orale et le plaisir de manger, de soulager la souffrance psychologique. Ils s'inscrivent ainsi dans une prise en charge globale nécessaire aux soins de support en oncologie.

4.5.2. Les représentations sur la dénutrition et ses enjeux

Les médecins interrogés identifient bien l'origine multifactorielle de la dénutrition, associant les troubles du goût, les obstacles digestifs, les désordres métaboliques ou encore la iatrogénie. Sans connaître précisément la physiopathologie de l'anorexie et de la cachexie cancéreuse, ils présument qu'elle est un facteur intrinsèque de la maladie. Celle-ci étant en grande partie liée à la production importante de cytokines pro-inflammatoires (35).

La dénutrition est vécue comme une source importante d'inquiétude pour les médecins, les patients et leurs proches. Pour tous, elle aggrave le pronostic, est source de nombreuses complications et limite les options thérapeutiques. En cela, ils ont conscience des enjeux de la prise en charge nutritionnelle. Pourtant, certaines idées reçues persistent, la perte de poids pouvant être considérée comme passage obligé dans le parcours du patient, un « cap à passer ».

Enfin, une certaine impuissance de ces médecins peut être ressentie face l'amaigrissement de leurs patients. La prescription de CNO apparaît à la fois comme la seule arme dont ils disposent et une solution imparfaite.

4.5.3. Les avantages d'une médecine de proximité

Au cours des différents entretiens, les répondants ont indirectement évoqué leur place de médecin de proximité au travers de leurs expériences. Ils organisent des facilités pour leurs patients en mettant en place des aides à domicile ou un portage de repas. Leur place de médecin de famille facilite les échanges avec les proches, elle leur permet d'être alerté, de donner des conseils, de soutenir l'aidant principal.

Ce rôle de proximité propre à la médecine générale est un levier intéressant à mobiliser. Il complète la prise en charge spécialisée en apportant des solutions pratiques, un soutien sur la durée et la possibilité d'intervenir au domicile des patients.

4.5.4. Le manque de temps

A chaque entretien, le manque de temps a été déploré. La prise en charge nutritionnelle est vue comme chronophage, notamment en ce qui concerne l'évaluation des ingesta et le temps passé à donner des conseils hygiéno-diététiques.

Les médecins déplorent par ailleurs que le patient ne vienne pas consulter pour ce motif, et que celui-ci s'ajoute à une consultation déjà bien remplie. En effet la durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 16 minutes (36), alors que le nombre moyen de problèmes pris en charge dans une consultation est de 2,1. Il augmente avec l'âge pour atteindre 4 au-delà de 60 ans, ceci se faisant au profit des pathologies chroniques. Une thèse de médecine générale (37) a étudié l'évolution du contenu de la consultation de 1993 et 2010. En 15 ans, le poids des problèmes chroniques n'a cessé d'augmenter en passant de 1,8 à 2,2 par consultation, ce qui s'explique notamment par le vieillissement de la population et l'augmentation des demandes administratives.

4.5.5. Le manque d'expérience et de formation

Les informations et le questionnement concernant la prise en charge nutritionnelle des patients en cancérologie ne semblent pas faire partie de la formation initiale des médecins généralistes. Seuls deux des médecins les plus expérimentés avaient abordé ces notions au cours de leur formation continue.

Notre étude des pratiques a révélé que les généralistes ont des connaissances globales en nutrition, mais que celles-ci ne sont pas actualisées et prennent peu en compte les spécificités de la cancérologie.

Les médecins interrogés ont souvent confié un manque de formation sur le sujet. Certains ont cependant précisé qu'ils n'iraient pas vers des formations trop spécialisées (nutrition artificielle) du fait de la rareté de cette situation en pratique courante.

4.5.6. Le manque de coordination ville/hôpital

Certains médecins interrogés évoquent des lacunes dans la transmission d'informations sur leurs patients. Ils ont rarement connaissance de la prise en charge nutritionnelle lorsque celle-ci est mise en place en milieu hospitalier. D'autres déplorent de ne pas pouvoir joindre les spécialistes facilement. Ce manque de coordination et/ou de communication peut être vécu comme une exclusion et ils confient parfois ne pas trouver leur place.

La communication se fait le plus souvent par courrier ou téléphone avec l'oncologue référent. Leur implantation de longue date dans la région est un facteur facilitant. Les médecins insistent sur l'importance d'avoir un bon réseau.

4.6. Les besoins des médecins généralistes

4.6.1. Un rôle à définir

La nécessité de trouver sa place a été plusieurs fois évoquée. Les médecins s'interrogent sur leur rôle dans l'accompagnement des patients en cours de traitement anticancéreux, ou dans le suivi d'une alimentation artificielle à domicile. Dans ce dernier cas, les acteurs sont nombreux et le généraliste n'a pas le rôle de coordonnateur qu'il occupe habituellement. Par ailleurs les patients eux-mêmes ne les consultent pas fréquemment pour ce motif et le manque de temps les empêche d'approfondir ce sujet.

Une étude qualitative (1) a exploré le rôle des médecins généralistes en France dans la prise en charge du cancer au sens large. Elle a montré leur implication dans le dépistage et au moment de la découverte, puis leur mise en retrait au moment du traitement et leur réinvestissement à la fin du traitement ou en cas d'aggravation. Les généralistes avaient la perception d'un partenariat dissymétrique avec les spécialistes. Cet échange inégal se manifestait essentiellement dans trois dimensions : les lacunes dans la communication, le mépris de leurs confrères spécialistes et la captation de certains de leurs patients. Cette mise en retrait des généralistes au moment du traitement oncologique est aussi retrouvée dans notre étude, accentuée par des problèmes de communication avec les services spécialisés.

Pourtant la durée de vie des patients s'allonge, le cancer prend la forme d'une maladie chronique dans certains cas. Plusieurs phases de traitements peuvent se succéder, entrecoupées ou non de phases de rémission. La dénutrition devient alors un problème majeur, qu'il convient de prendre en charge sur la durée et de façon pluridisciplinaire. Il est donc essentiel de donner un rôle au médecin généraliste et de valoriser les compétences qui lui sont propres. Cela nécessiterait de développer la complémentarité entre médecine générale et médecine spécialisée, d'organiser sur un plan professionnel, informationnel et matériel une prise en charge distribuée et partagée.

4.6.2. Une formation et des outils adaptés à leur pratique

Les médecins interrogés sont conscients des limites de leurs connaissances et compétences techniques. Ils sont nombreux à être demandeurs d'une formation sur le sujet à condition que celle-ci soit adaptée à la réalité de leur pratique. Une formation jugée trop technique ou portant sur un sujet trop rare ne serait pas choisie.

Certains ont également proposé un carnet de suivi, afin d'évaluer les ingesta ou encore l'activité physique. Celui-ci permettrait d'améliorer l'évaluation de l'état nutritionnel. Néanmoins cet outil peut se révéler contraignant pour le patient et ne répond pas à la contrainte de temps des praticiens. Aucun n'avait connaissance du SEFI (EVA des ingesta). Cet outil validé permet pourtant une évaluation fiable et rapide, tout à fait adaptée aux attentes des médecins généralistes. Quant au carnet de suivi, il existe une application gratuite « Poids + » développée par la SNFCM pour aider les patients à augmenter leurs apports en énergie et protéines. Des conseils nutritionnels y sont donnés, ainsi que des rappels pour encourager les patients à se peser. Cette application permet également un suivi à distance en partageant les données avec les professionnels de santé.

Malheureusement, en l'absence de promotion et de formation, ces informations peinent à arriver jusqu'au médecins généralistes. Leurs pratiques se résument en grande partie à une évaluation par le poids, un dosage de l'albumine et à un traitement reposant sur les CNO. Cette prise en charge est jugée peu efficace par eux même. Le manque de formation et la mauvaise distribution des rôles ne leur permettent pas de valoriser leur compétences. Proposer à ces médecins une formation spécifique permettrait de les sensibiliser aux enjeux, de leur faire connaître les dernières recommandations et de leur proposer les outils adaptés à leur pratique.

L'enjeu serait alors de choisir ou de créer le bon canal de communication. Les sources de formation continue sont multiples (formations en ligne, groupes de pairs, congrès) et les organismes qui les proposent sont nombreux. Il serait intéressant d'étudier le ou les moyens les plus efficaces pour atteindre le plus grand nombre de médecins généralistes.

5. CONCLUSION

Une volonté d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle a pu être observée ces dernières années dans le cadre des soins oncologiques de support, mais elle intéresse principalement le milieu hospitalier. Le médecin généraliste ne peut se substituer à la prise en charge spécialisée de la dénutrition chez les patients en cours de traitement anticancéreux. Cependant sa proximité avec les patients, son insertion locale et sa polyvalence sont des atouts intéressants à mobiliser.

Ce travail a permis de mettre en évidence les nombreux facteurs qui influent sur les pratiques. Premièrement, nous constatons que les médecins généralistes ont des connaissances mais sont insuffisamment formés pour répondre à la complexité que représente la prise en charge nutritionnelle. Ensuite, des représentations parfois ambivalentes influent sur la rationalité de la prise de décision. Enfin, des facteurs externes liés à des problèmes d'organisation ou de coordination perturbent l'efficacité de leur prise en charge.

Nous pensons qu'il est nécessaire d'améliorer la formation initiale et continue en médecine générale, dans le but de sensibiliser et faire connaître les avancées sur le sujet. Cette formation se doit de répondre aux besoins des médecins généralistes, en leur donnant des outils qui facilitent leur pratique courante et répondent au mieux à leur contrainte de temps. Ceux-ci existent mais sont encore méconnus.

Il nous paraît fondamental de faire exister une complémentarité ville-hôpital, sur le plan professionnel, informationnel et matériel. Les médecins généralistes sont durablement impliqués auprès de leurs patients mais exclus de cette phase de traitement anticancéreux. Améliorer la communication et la coordination permettrait une prise en charge distribuée et partagée valorisant au mieux les qualités des deux parties, au bénéfice des patients.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer: quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée? *Pratiques et Organisation des Soins* 2009;40:191-6.
2. Cowppli-Bony A, Colonna M, Ligier K, Jooste V, Defossez G, Monnereau A, et al. Épidémiologie descriptive des cancers en France métropolitaine : incidence, survie et prévalence. *Bulletin du Cancer* 2019;106:617-34.
3. Lefeuvre D, Bousquet P-J, Lafay L. Incidence, mortality and prevalence of cancers in metropolitan France. *Rev Prat* 2019;69:261-6
4. Senesse P, Bachmann P, Bensadoun RJ, Besnard I, Bourdel-Marchasson I, Bouteloup C, et al. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer: introduction. *Nutrition clinique et métabolisme* 2012;26:149-150.
5. Senesse P, Assenat E, Schneider SM, et al. Nutritional support during curative treatment of patients with gastrointestinal cancer : who could benefit? *Cancer Treat Rev* 2008;34: 568-75
6. Dewys WD, Begg C, Lavin PT et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Med* 1980;69:491-7.
7. The Veterans Affairs TPN Cooperative Study Group. Perioperative total parenteral nutrition in surgical patients. *N Engl J Med* 1991;325:525-32.
8. Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, et al. Prévalence de la dénutrition au cours du cancer : une enquête nationale un jour donné. *Nutr Clin Metab* 2006: S86
9. Hébuterne X, Beauvillain de Montreuil C, Lemarié E, Michallet M, Goldwasser F. O017 Effets des cancers sur l'état nutritionnel et la prise alimentaire: la perception des malades. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2007;21:39.
10. Raynard B, Goldwasser F, Gyan E, Hébuterne X, Lacau Saint Guily J. O20: Regards croisés divergents des patients de plus de 70 ans et médecins sur la dénutrition en cancérologie: Résultats de l'étude NUTRICANCER 2012. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2014;28:S39-40.
11. Haute Autorité de santé. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. 2019:1-25
12. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *The Lancet Oncology* 2011;12:489-95.

13. Senesse P, Bachmann P, Bensadoun RJ, Besnard I, Bourdel-Marchasson I, Bouteloup C, et al. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer: textes courts. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2012;26:151–8.
14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;84:142-5
15. Lecoœur L, Hébert C, Ciais C, Fogliarini A, Gilbert É. Alimentation des patients en soins palliatifs : représentations et pratiques des médecins généralistes. *Médecine Palliative: Soins de Support - Accompagnement - Éthique* 2017;16:184–90.
16. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Une nouvelle approche sur les espaces à faible et forte densité. *Insee méthodes* 2015;129:41-50.
17. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck Supérieur; 2019
18. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherche qualitative* 2007;HS3:1-30.
19. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Rev Med Suisse*;vol 0.24011
20. Ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2018; 164p.
21. Senesse P, Vasson M-P. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer: quand et comment évaluer l'état nutritionnel d'un malade atteint de cancer? Comment faire le diagnostic de dénutrition et le diagnostic de dénutrition sévère chez un malade atteint de cancer? Quelles sont les situations les plus à risque de dénutrition? *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2012;26:165–88.
22. Raynard B, Thézenas S, Flori N, Fiore S, Simon M, Senesse P. O21: L'échelle visuelle analogique (EVA) des ingesta est un bon marqueur pronostique en cancérologie. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2014;28:S40.
23. Meuric J, Besnard I. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer: quand doit-on proposer un conseil diététique personnalisé? *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2012;26:197–218.
24. Schiller MR, Miller M, Moore C, Davis E, Dunn A, Mulligan K, et al. Patients report positive nutrition counseling outcomes. *J Am Diet Assoc* 1998;98:977–82.

25. Isenring E, Capra S, Bauer J. Patient satisfaction is rated higher by radiation oncology outpatients receiving nutrition intervention compared with usual care. *J Hum Nutr Diet* 2004;17:145–52.
26. Bouteloup C, Besnard I. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer: quand et comment prescrire des compléments nutritionnels oraux (CNO) hors pharmaconutrition? *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2012;26:219–37.
27. Rahemtulla Z, Baldwin C, Spiro A, McGough C, Norman AR, Frost G, et al. The palatability of milk-based and non-milk-based nutritional supplements in gastrointestinal cancer and the effect of chemotherapy. *Clin Nutr* 2005;24:1029–37.
28. McGough C, Peacock N, Hackett C, Baldwin C, Norman A, Frost G, et al. Taste preferences for oral nutrition supplements in patient before and after pelvic radiotherapy: a double blind controlled study. *Clin Nutr* 2006;25:906–12.
29. Crenn P. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer: orexigènes et autres médicaments anticachectisants. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2012;26(4):269–77.
30. Bensinger W, Schubert M, Ang K, Brizel D, Brown E, Eilers J, Elting L et al. NCCN Task Force Report: Prevention and Management of Mucositis in Cancer Care in. *JNCCN* 2008;6:1-21
31. Crenn P, Bouteloup C, Michallet M, Senesse P. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer: place de la nutrition artificielle dans la prise en charge des patients atteints de cancer. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2012;26:278–95.
32. Schneider S, Hébuterne X. Prise en charge nutritionnelle à domicile des malades cancéreux. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2001;15:335–42
33. Hébuterne X, Bouteloup C. Nutrition artificielle au cours des cancers: les critères de choix. *Oncologie* 2009;11:224–30.
34. Hébuterne X. Nutrition et cancer : pourquoi intervenir avant 5 % de perte de poids ? *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2015;29:126–31.
35. Raynard B, Chaubet M. Conséquences nutritionnelles et métaboliques au cours des cancers. *Oncologie* 2009;11:200–3.
36. DRESS. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats, n°481, avril 2006, 8p.
37. Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. Faculté de Médecine Paris-Ile-de-France-Ouest, Université de Versailles, 2012, 96 p.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer dans le cadre de ma thèse menée afin de connaître les représentations et les pratiques des médecins généralistes concernant l'alimentation des patients en cours de traitement anticancéreux.

Il s'agit d'un entretien qui dure environ une heure où nous aborderons votre expérience sur ce sujet. Les questions posées concernent les patients adultes en cours de traitement anticancéreux en phase curative ou de consolidation.

L'objectif de cet entretien est de recueillir un maximum d'informations, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Dans un souci de recueil fidèle de vos réponses, cet entretien sera enregistré si vous êtes d'accord. L'ensemble des données recueillies restera anonyme.

Thèmes	Questions
Etat civil <i>Définir les caractéristiques de l'échantillon</i>	Sexe Age Lieu d'installation ou de remplacement régulier Nombre de patients en cours de traitement anticancéreux suivis chaque année. Formation complémentaire en oncologie, en nutrition (DU, capacité, FMC)
Question d'ouverture	Pouvez-vous me décrire la dernière situation de dénutrition chez un patient ? Comment cela s'est-il passé en pratique ?

<p>Représentations <i>sur l'alimentation, la dénutrition, ses causes, ses conséquences</i></p>	<p>Que représente l'alimentation pour vous ? Quelles sont les images auxquelles l'alimentation est rattachée pour vous ?</p> <p>A votre avis, pourquoi un patient en cours de traitement pour un cancer mange-t-il moins ou s'arrête-t-il de manger ?</p> <p>Lorsque vous les voyez en consultation, quelles sont les demandes de ces patients sur l'alimentation ? Quelles sont leurs inquiétudes ? Et celles de leurs proches ?</p> <p>Selon vous, quelles sont les conséquences de la dénutrition pour ces patients ?</p>
<p>Pratiques <i>l'évaluation de l'état nutritionnel, les objectifs, l'accompagnement, les ressources thérapeutiques et la nutrition artificielle</i></p>	<p>Comment évaluez-vous leur état nutritionnel ? Utilisez-vous des outils pour vous aider (scores? échelles, questionnaires...) ?</p> <p>Quels sont vos objectifs concernant la prise en charge nutritionnelle de ces patients ?</p> <p>Que proposez-vous pour atteindre ces objectifs ? Quelles sont vos ressources thérapeutiques ?</p> <p>Quelle est votre expérience par rapport à la nutrition artificielle ? Quelles sont d'après vous vos les indications de mise en place/d'arrêt d'une nutrition artificielle ? Quelles sont pour vous les difficultés liées au suivi des patients ayant une alimentation artificielle à domicile ?</p>
<p>Besoins et attentes du médecin généraliste</p>	<p>Quels seraient vos besoins en tant que médecin généraliste concernant la prise en charge nutritionnelle des patients en cours de traitement pour un cancer?</p>

Annexe 2 : Diagnostic de la dénutrition de l'adulte, tableau récapitulatif, recommandations HAS 2019

<p><u>Une dénutrition est-elle présente ?</u> Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique.</p> <p>Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou perte $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ➤ IMC $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ➤ Réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaires <p>Critères étiologiques (1 seul critère suffit)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport : <ul style="list-style-type: none"> ○ à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ○ ou aux besoins protéino-énergétiques estimés ➤ Absorption réduite (maldigestion/malabsorption) ➤ Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : <ul style="list-style-type: none"> ○ pathologie aiguë ou ○ pathologie chronique évolutive ou ○ pathologie maligne évolutive
--

Oui



Non



<p>Lorsque le diagnostic de dénutrition est établi, il faut déterminer sa sévérité.</p> <p>Une dénutrition est soit modérée soit sévère.</p> <p>Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Dénutrition modérée</u> (1 seul critère suffit)</th> <th><u>Dénutrition sévère</u> (1 seul critère suffit)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ➤ $17 < \text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ➤ Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ➤ Mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie $> 30 \text{ g/L}$ et $< 35 \text{ g/L}$. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ➤ $\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$ ➤ Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ➤ Mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie $\leq 30 \text{ g/L}$ </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Dénutrition modérée</u> (1 seul critère suffit)	<u>Dénutrition sévère</u> (1 seul critère suffit)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ $17 < \text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ➤ Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ➤ Mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie $> 30 \text{ g/L}$ et $< 35 \text{ g/L}$. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ $\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$ ➤ Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ➤ Mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie $\leq 30 \text{ g/L}$ 	<p><u>Patient non dénutri</u></p> <p>En ambulatoire : <i>Réévaluation à chaque consultation</i></p> <p>En cas d'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ en MCO : réévaluation une fois par semaine ➤ en SSR : réévaluation toutes les 2 semaines
<u>Dénutrition modérée</u> (1 seul critère suffit)	<u>Dénutrition sévère</u> (1 seul critère suffit)				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ $17 < \text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ➤ Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ➤ Mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie $> 30 \text{ g/L}$ et $< 35 \text{ g/L}$. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ $\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$ ➤ Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ➤ Mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie $\leq 30 \text{ g/L}$ 				



Prise en charge nutritionnelle de tout patient dénutri à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition

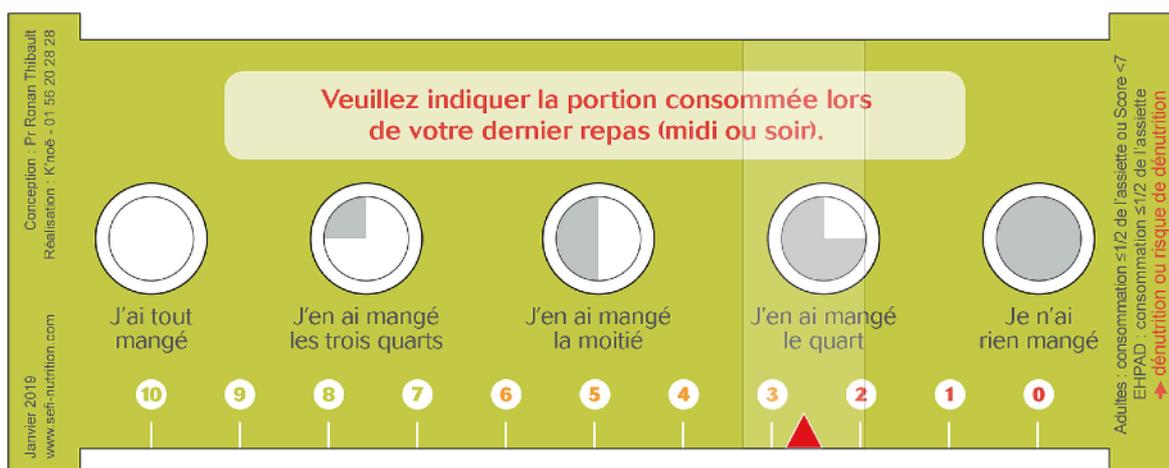


Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel et adaptation de la prise en charge du patient dénutri	
En ambulatoire : <i>réévaluation systématiquement dans les 3 mois suivant la dernière évaluation</i>	En cas d'hospitalisation : <i>réévaluation au moins une fois par semaine</i>
Lors des consultations de suivi après une hospitalisation, notamment au cours des affections de longue durée (ALD) : réévaluer systématiquement l'état nutritionnel d'un patient dénutri.	

Annexe 3 : Score d'Evaluation Facile des Ingesta



Score d'Evaluation Facile des Ingesta



Annexe 4 : Patient-Generated Subjective Global Assessment

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)

Patient ID Information

History (Boxes 1-4 are designed to be completed by the patient.)

1. Weight (See Worksheet 1)

In summary of my current and recent weight:

I currently weigh about _____ kg

I am about _____ cm tall

One month ago I weighed about _____ kg

Six months ago I weighed about _____ kg

During the past two weeks my weight has:

decreased ⁽¹⁾ not changed ⁽⁰⁾ increased ⁽²⁾

Box 1

2. Food Intake: As compared to my normal intake, I would rate my food intake during the past month as:

unchanged ⁽⁰⁾

more than usual ⁽⁰⁾

less than usual ⁽¹⁾

I am now taking:

normal food but less than normal amount ⁽¹⁾

little solid food ⁽²⁾

only liquids ⁽³⁾

only nutritional supplements ⁽³⁾

very little of anything ⁽⁴⁾

only tube feedings or only nutrition by vein ⁽⁰⁾

Box 2

3. Symptoms: I have had the following problems that have kept me from eating enough during the past two weeks (check all that apply):

no problems eating ⁽⁰⁾

no appetite, just did not feel like eating ⁽³⁾

nausea ⁽¹⁾

vomiting ⁽³⁾

constipation ⁽¹⁾

diarrhea ⁽³⁾

mouth sores ⁽²⁾

dry mouth ⁽¹⁾

things taste funny or have no taste ⁽¹⁾

smells bother me ⁽¹⁾

problems swallowing ⁽²⁾

feel full quickly ⁽¹⁾

pain; where? ⁽³⁾ _____

other** ⁽¹⁾ _____

** Examples: depression, money, or dental problems

Box 3

4. Activities and Function: Over the past month, I would generally rate my activity as:

normal with no limitations ⁽⁰⁾

not my normal self, but able to be up and about with fairly normal activities ⁽¹⁾

not feeling up to most things, but in bed or chair less than half the day ⁽²⁾

able to do little activity and spend most of the day in bed or chair ⁽³⁾

pretty much bedridden, rarely out of bed ⁽³⁾

Box 4

Additive Score of the Boxes 1-4 A

The remainder of this form will be completed by your doctor, nurse, or therapist. Thank you.

5. Disease and its relation to nutritional requirements (See Worksheet 2)

All relevant diagnoses (specify) _____

Primary disease stage (circle if known or appropriate) I II III IV Other _____

Age _____

Numerical score from Worksheet 2 B

6. Metabolic Demand (See Worksheet 3)

Numerical score from Worksheet 3 C

7. Physical (See Worksheet 4)

Numerical score from Worksheet 4 D

Global Assessment (See Worksheet 5)

- Well-nourished or anabolic (SGA-A)
 Moderate or suspected malnutrition (SGA-B)
 Severely malnourished (SGA-C)

Total PG-SGA score

(Total numerical score of A+B+C+D above)
 (See triage recommendations below)

Clinician Signature _____ RD RN PA MD DO Other _____ Date _____

Nutritional Triage Recommendations: Additive score is used to define specific nutritional interventions including patient & family education, symptom management including pharmacologic intervention, and appropriate nutrient intervention (food, nutritional supplements, enteral, or parenteral triage). First line nutrition intervention includes optimal symptom management.

0-1 No intervention required at this time. Re-assessment on routine and regular basis during treatment.

2-3 Patient & family education by dietitian, nurse, or other clinician with pharmacologic intervention as indicated by symptom survey (Box 3) and laboratory values as appropriate.

4-8 Requires intervention by dietitian, in conjunction with nurse or physician as indicated by symptoms survey (Box 3).

≥ 9 Indicates a critical need for improved symptom management and/or nutrient intervention options.

Annexe 5 : Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Nom :		Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
 0 = baisse sévère des prises alimentaires
 1 = légère baisse des prises alimentaires
 2 = pas de baisse des prises alimentaires

B Perte récente de poids (<3 mois)
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids

C Motricité
 0 = au lit ou au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois ?
 0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence leve
 2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²
 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage
 (sous-total max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal
 8-11 points: à risque de dénutrition
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?
 1 = oui 0 = non

H Prend plus de 3 médicaments par jour ?
 0 = oui 1 = non

I Escarres ou plaies cutanées ?
 0 = oui 1 = non

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?

0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas

K Consomme-t-il ?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui non
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui non

0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui .

L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?

0 = non 1 = oui

M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)

0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres .

N Manière de se nourrir

0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec difficulté
 2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?

0 = se considère comme dénutri
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?

0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne
 2,0 = meilleure .

Q Circonférence brachiale (CB en cm)

0,0 = CB < 21
 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
 1,0 = CB > 22 .

R Circonférence du mollet (CM en cm)

0 = CM < 31
 1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points) .

Score de dépistage .

Score total (max. 30 points) .

Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points état nutritionnel normal
 de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
 moins de 17 points mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Annexe 6 : Conseils diététiques adaptés aux effets secondaires de radiochimiothérapies

Conseils hygiéno-diététiques adaptés aux effets secondaires de radiochimiothérapie

Sources personnelles et issues du groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau ONCOLOR en 2007 rejoint par le groupe nutrition de l'AFSOS en 2009 qui a validé les données conformément aux données de la science au 1^{er} juin 2007.

Enrichissement des préparations

L'enrichissement se fera à l'aide de :

- lait en poudre ou concentré rajouté dans le lait liquide dans les préparations telles que béchamel, purées, clafoutis sucrés ou salés, crème-desserts, milk-shake. . .). Des poudres de protéines peuvent également être utilisées ou des compléments nutritionnels oraux au goût neutre ;
- jaune d'œuf ou œuf entier rajouté dans des potages, purées. . . ;
- fromage râpé sur les légumes, féculents mais aussi dans des préparations telles que les lasagnes, quiches, gratins, etc. ;
- les matières grasses seront utilisées avec modération car consommées en grosses quantités, peuvent avoir un effet anorexigène.

Nausées

- assurez-vous de la prescription d'antiémétiques par le médecin à prendre demie heure avant les repas ;
- fractionnez les repas : faites trois repas par jour et consommez des petites collations entre les repas (entremets, fruits, biscuits secs, glaces. . .) ; ce qui vous fait au total : cinq à six prises alimentaires/jour ;
- évitez les plats à odeurs fortes (type poisson, agneau. . .) ;

- évitez de séjourner dans des locaux où il peut y avoir des odeurs de cuisine ;
- préférez les aliments froids ou à température ambiante (ex. sandwichs, viandes froides, salades de pâtes, salades de fruits, sorbets, laitages. . .) ;
- consommez de préférence des aliments nécessitant peu d'efforts de mastication ;
- mangez lorsque vous en avez envie, même en dehors des horaires conventionnels de repas ;
- buvez en petites quantités régulièrement et non beaucoup en une seule fois car cela majore les nausées ;
- buvez 1,5L d'eau/jour (en dehors des repas) pour éviter la déshydratation ;
- évitez les aliments épicés, très gras et trop sucrés qui peuvent majorer l'écœurement ;
- restez en position assise après le repas pour faciliter la digestion ou marchez dans la mesure du possible ;
- mangez lentement et mastiquez bien afin de faciliter la digestion ;
- les boissons gazeuses atténuent les nausées (boissons au cola, limonades, eaux gazeuses) ; – Choisissez les boissons édulcorées si vous avez des problèmes de poids ou de diabète ;
- respirez lentement et profondément lorsque vous commencez à vous sentir mal ;
- portez des vêtements amples qui ne vous serrent pas à la taille ;
- essayez de ne pas penser au repas ;
- supprimez le tabac ;
- faites bien vos soins de bouche un quart d'heure avant et un quart heure après chaque repas.

Vomissements

- lorsque les vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre une à deux heures avant de manger ;
- il est conseillé de manger en petites quantités des aliments solides (type pain, pain au lait, pâtes, purée. . .) et de choisir ce qui vous fait le plus plaisir ;
- si vous ne vous alimentez pas du tout et que vous ne vous hydratez pas (en raison de vomissements systématiques par exemple), il est impératif de prévenir votre médecin au-delà de 48 h. Une nutrition parentérale peut vous être proposée (perfusion).

La diarrhée

- buvez beaucoup d'eau (environ deux litres par jour) pour compenser les pertes hydro-électrolytiques, des jus de fruits sans la pulpe (sauf le jus de pruneaux), des jus de légumes filtrés (ex. jus de carottes), des bouillons de légumes filtrés salés ;
- la consommation de sodas est autorisée si vous enlevez les bulles ;
- prenez des repas fractionnés et légers au cours de la journée (cinq à six repas légers par jour) ;
- évitez tout ce qui peut favoriser la production de gaz pouvant être à l'origine de crampes abdominales (type boissons

- gazeuses, chewing-gums, bière, légumes de type choux, légumes secs. . .);
- préférez les produits laitiers dont la teneur en lactose est réduite ;
- préférez le café et le thé légers ;
- limitez les aliments riches en matières grasses (type fritures, plats en sauce. . .);
- évitez la consommation d'aliments riches en fibres alimentaires (fruits frais type agrumes, fraise, framboise, rhubarbe, pruneaux. . ., et de légumes choux, légumes secs. . .). Choisissez plutôt des féculents (riz, pâte, semoule, tapioca. . .), la carotte cuite, le coing (gelée ou compote) et la banane ;
- dès la normalisation des selles, reprendre une alimentation normale légère en évitant les légumes pouvant entraîner des gaz (famille des choux, navets, salsifis, légumes secs. . .)

La constipation

- buvez au moins 1,5 litre d'eau par jour, eaux riches en magnésium (Hepar[®]) de préférence ou des bouillons de légumes, des jus de fruits.
- prenez un verre de jus d'orange pressée le matin, à jeun ;
- faites de l'exercice physique (de la marche par exemple) dans la mesure du possible ou de la gymnastique abdominale (rôle du kinésithérapeute) ;
- choisissez les aliments riches en fibres insolubles : les légumes verts et les fruits crus, les fruits secs et oléagineux, les céréales complètes ;
- évitez les aliments constipants ou pauvres en résidus.

Inflammation de la bouche

- la chimiothérapie peut entraîner une inflammation, des brûlures de la bouche et de la gorge, des aphtes, et elle peut favoriser les infections à champignons appelées mycoses : tous ces phénomènes sont regroupés sous le nom de mucite ;
- en 1979, l'Organisation Mondiale de la Santé a établi quatre grades selon la gravité de la mucite ;
- les conseils diététiques sont aussi à adapter en fonction de la réaction muqueuse permettant de diminuer l'intensité de la douleur liée à l'alimentation :
- mucite grade 1 : alimentation possible : alimentation à texture hachée ; évitez les aliments acides ;
- mucite grade 2 : alimentation et boissons orales possibles ;
 - la viande sera plutôt hachée ; les aliments seront consommés bien cuits de consistance molle ou en purée ; les préparations seront enrichies avec du lait, de la crème fraîche, du beurre, de la sauce béchamel,
 - il convient de consommer les plats tièdes,
 - buvez souvent dans la journée (eau, infusions tièdes. . .),
 - consommez du lait froid aromatisé ou non, des glaces pouvant adoucir les douleurs,

- évitez les épices, la vinaigrette, les aliments trop salés ou fumés, les fruits acides et verts, la tomate, les jus d'agrumes, les noix, le gruyère, l'ananas,
- adaptez la texture de l'alimentation en fonction de vos possibilités ;
- mucite grade 3 : alimentation liquide possible ;
 - alimentation mixée liquide et prescription de CNO si nécessaire, adaptés aux goûts,
 - en fonction de l'évolution favorable de la mucite, l'alimentation est épaissie,
- mucite grade 4 : alimentation et boissons orales impossibles ;
 - laissez la bouche au repos, à domicile ou en hospitalisation,
 - une nutrition parentérale totale ou nutrition entérale peuvent vous être prescrite par votre médecin (perfusion ou alimentation par sonde).

Sècheresse buccale

- buvez de l'eau citronnée (en l'absence de mucite) ou sucez des tablettes d'acide citrique pour activer la sécrétion de salive ;
- mâchez des chewing-gums sans sucre pour activer la sécrétion de salive (ils contiennent de l'acide citrique et malique) ;
- mâchez des carrés d'ananas ;
- vaporisez l'intérieur de la bouche très fréquemment avec un vaporisateur d'eau ou de salive artificielle (type Artisial[®]) ;
- consommez de l'eau gélifiée ou sucez des glaçons pour maintenir l'humidité de la bouche ;
- buvez régulièrement pour hydrater la bouche ;
- liquéfiez les aliments en y ajoutant du jus de viande, du bouillon, de la sauce, de la crème fraîche pour les rendre plus faciles à déglutir ;
- si nécessaire, mixez les aliments et enrichissez la ration avec des compléments nutritionnels oraux liquides. Une prise en charge diététique et une évaluation nutritionnelle par une diététicienne est alors indispensable.

Dysgueusie

- supprimez les aliments riches en purines (viande rouge, cacao. . .) qui génèrent un goût amer ;
- les repas paraissent fades : il faut donc rechercher les aliments à goût prononcé et utiliser les épices et aromates ;
- les aliments paraissent trop salés (évitez les aliments salés, conserves, plats du commerce) ou trop sucrés (préférez des plats neutres) ;
- le goût métallique dans la bouche est diminué en consommant poissons, œufs, quiches, laitages, féculents, légumes verts à la sauce blanche ;
- rincez-vous la bouche avec de l'eau gazeuse acidulée de jus de citron par exemple avant chaque repas.

La perte d'appétit

- n'hésitez pas à utiliser les équivalents protidiques à base de laitages ;
- il est préférable de privilégier les plats froids, ne dégagant pas d'odeurs prononcées ;
- dans la mesure du possible, faites faire la cuisine par l'entourage à distance des heures de repas ;
- si un repas en particulier est plus facile à manger (par exemple le petit déjeuner), en profiter pour le rendre plus copieux que d'habitude ;
- fractionnez les repas à raison de cinq à six repas par jour ;
- des recettes de plats enrichis seront privilégiées.

8. 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 les 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.”

RÉSUMÉ

Au cours des vingt dernières années, la prévalence des cancers a augmenté alors que la mortalité a diminué. Les progrès thérapeutiques ont entraîné un allongement significatif de la durée de vie et une volonté d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle a pu être observée, au sein des centres de lutte contre le cancer. Cette étude aborde le thème de l'alimentation des patients en cours de traitement anticancéreux sous un angle différent, celui de la médecine générale.

L'objectif de cette étude qualitative était de recueillir et comparer les pratiques des médecins généralistes, afin d'explorer leur ressenti, leurs difficultés et les facteurs influant sur la prise de décision. Dix médecins généralistes ont été interviewés à l'aide d'un guide d'entretien composé de questions ouvertes. Ces entretiens semi-dirigés ont été intégralement retranscrits mot pour mot et analysés selon la méthode par théorisation ancrée.

Nous avons constaté que les médecins généralistes ont des connaissances mais sont insuffisamment formés pour répondre à la complexité de la prise en charge nutritionnelle. Ensuite, des représentations parfois ambivalentes influent sur la rationalité de la prise de décision. Enfin, des facteurs externes liés à des problèmes d'organisation ou de coordination perturbent l'efficacité de leur prise en charge.

Nous pensons qu'il est nécessaire d'améliorer la formation initiale et continue en médecine générale, dans le but de sensibiliser et faire connaître les avancées sur le sujet. Cette formation se doit de répondre aux besoins des médecins généralistes, en leur donnant des outils qui facilitent leur pratique courante et répondent au mieux à leur contrainte de temps. De plus, il nous paraît fondamental de faire exister une complémentarité ville-hôpital, sur le plan professionnel, informationnel et matériel. Les médecins généralistes sont durablement impliqués auprès de leurs patients mais exclus de cette phase de traitement anticancéreux. Améliorer la communication et la coordination permettrait une prise en charge distribuée et partagée valorisant au mieux les qualités des deux parties, au bénéfice des patients.