



HAL
open science

Ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge des patients dénutris suivis pour un cancer

Marion Varoqui

► **To cite this version:**

Marion Varoqui. Ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge des patients dénutris suivis pour un cancer. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03788411

HAL Id: dumas-03788411

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03788411>

Submitted on 26 Sep 2022

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Marion VAROQUI

Présentée et soutenue publiquement le *5 juillet 2022*

**RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LA PRISE EN CHARGE DES
PATIENTS DÉNUTRIS SUIVIS POUR UN CANCER**

Président : Monsieur le Professeur Cédric Rat

Directeur de thèse : Dr Damien Vansteene

Remerciements

À Monsieur le Professeur Rat,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Darmaun,

Je suis honorée que vous ayez accepté de juger ce travail.

Trouvez ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Jeanmougin,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Vous avez accompagné ma première année d'internat lors des groupes de pairs réguliers organisés par le DMG, pendant lesquels votre regard bienveillant et vos conseils ont été une aide précieuse pour la suite de mon parcours. Trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Vansteene,

Vous m'avez fait l'honneur de m'accompagner et de me superviser dans ce projet de thèse qui me tenait cœur. Vous m'avez laissé la liberté d'aller au bout de mon projet, en étant toujours d'une aide précieuse pour me conseiller et me guider lorsque je m'éloignais du chemin de la concision et en m'apportant de précieux conseils. J'ai beaucoup apprécié de travailler à vos côtés. Je vous exprime ici ma sincère et profonde reconnaissance.

Aux Docteur Guillet, Docteur Lasalle, Docteur Baril, Docteur Le Galèze, Docteur Barreau, Docteur Vercoutère pour m'avoir fait découvrir les multiples façons d'exercer la médecine générale, et m'avoir aidé à trouver celle qui me convenait. Vos enseignements et votre générosité resteront toujours un exemple pour moi.

Au Dr Jean-Jacques Antoine, qui a été mon médecin généraliste toute mon enfance, puis m'a fait découvrir le premier la spécialité de médecine générale sur le terrain. Votre implication dans votre travail et pour vos patients restera un exemple pour moi. Merci.

Au Dr Jirka, pour m'avoir fait découvrir un autre aspect, fascinant, de la médecine. À tous les médecins du service de MPU de La Roche-Sur-Yon, et à tous les médecins qui m'ont tant appris lors de mon externat et mon internat.

À tous les médecins généralistes qui ont participé à cette thèse.

À ma mère, pour ton soutien inconditionnel et ta présence à mes côtés, même à l'autre bout de la France.

À mon père, pour m'avoir inculqué que la bonté est présente dans chaque être humain. Merci pour cet enseignement qui est salvateur dans les moments de doutes qui ont été et seront présents dans la suite de mon exercice.

À Benjamin, merci d'être présent et d'être le grand frère sur qui je peux compter. À Océane et à ma première nièce, Mila ; pour toutes les fêtes de famille et le bonheur à venir.

À Yohann, mon petit frère, pour notre complicité et ces moments passés à emmouscailler Didier.

À mes grands-pères Roger et Robert, pour tous ces souvenirs d'enfance.

À ma grand-mère Madeleine, pour ta bienveillance et ta bonne humeur.

À ma grand-mère Denise, pour tout l'amour que tu m'as donné, pour l'amour de la Bretagne que tu m'as légué et qui m'a porté jusqu'à Nantes. Tu me manques.

À mes tantes Zabeth, Odile, Marie et Hélène.

À mes tontons Marc, Luc, Sbut et Laurent.

À mes cousins Pauline, Lucas, Lucile, Antoine, Bastien, Romain et Loïc.

À Isabelle et à toute la famille de Tristan qui m'ont toujours encouragée.

À **Tristan**, ministre chargé de la mise en page et du graphisme de cette thèse. Merci de m'avoir soutenu, d'avoir supporté mes doutes, mes rires et mes larmes durant ces études de médecine et cette thèse. Merci de me faire rire et de me faire croire en moi. Je t'aime.

À **Guillaume**, mon meilleur ami. Après tous ces moments de doute partagés dans les méandres de nos études, on ne s'en sort pas si mal. Merci d'être un point de repère essentiel dans ma vie.

À **Emmeline**, pour ton amitié, ta bonne humeur, tous ces kilomètres parcourus à la Pépinière, exploit que l'on ne pourra peut-être jamais réitérer.

À **Amandine**, pour ton optimisme, ton amitié, tous ces moments passés ensemble et ceux à venir.

À **Robin**, pour ta joie de vivre et ton amitié.

À **Lucie, Alice et Sarah**, pour votre amitié qui ne souffre pas du temps et nos moments complices à chaque retrouvaille.

À **Nora**, pour ton rire et ta bonne humeur, je ne regrette pas d'être tombée par terre en amphi lors des premiers jours de PACES, puisque ça m'a permis de te rencontrer.

À **Isabelle et Fanny**, les meilleurs colocs de ma vie, merci pour ces moments inoubliables.

À **Mélanie, Adèle, Gaëtan, Chloé, Élodie, Émilie, Maëva. À Alex et Antonin.**

À **tous les amis de Tristan** qui sont devenus les miens.

À toutes les rencontres et tous les bons moments passés au **Tutorat Santé Lorraine**.

À **Diane**, pour ton aide précieuse pendant cette thèse.

À **Amélie et Thomas** pour votre aide et vos conseils avisés sur ce travail. À **Mélissa, Amélie, Florence, Robin, tous mes autres amis nantais et tous mes co-internes.**

À **Kadoc**.

Lexique

ALD : Affection Longue Durée

APA : Activité Physique Adaptée

ASALÉE : Action de Santé Libérale En Équipe

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNO : Compléments Nutritionnels Oraux

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DCC : Dossier Communicant de Cancérologie

DMP : Dossier Médical Partagé

ESPEN : European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

EVA : Échelle Visuelle Analogue

EWGSOP : European Working Group on Sarcopenia in Older People

FFN : Fédération Française de Nutrition

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier/ère Diplômé/e d'État

IMC : Indice de Masse Corporelle

INCa : Institut National du Cancer

MNA : Mini Nutritional Assessment

MUST : Malnutrition Universal Screening Tool

NACRe : Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche

NRI : Nutritional Risk Index

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PPS : Plan personnalisé de soin

SFNCM : Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme

SFNEP : Société Française de Nutrition Entérale et Parentérale

SRAE : Structure Régionale d'Appui et d'Expertise

Table des matières

Remerciements.....	2
Lexique.....	5
1 Introduction.....	9
1.1 Présentation.....	9
1.2 La dénutrition.....	11
1.2.1 Définitions.....	11
1.2.1.1 La dénutrition.....	11
1.2.1.2 La cachexie.....	12
1.2.1.3 La sarcopénie.....	13
1.2.2 Mécanismes et physiopathologie de la dénutrition.....	14
1.2.3 Dénutrition et cancer.....	14
1.2.3.1 Une réduction des apports.....	14
1.2.3.2 Une majoration des besoins.....	16
1.2.4 Impact de la dénutrition chez le patient cancéreux.....	16
1.2.4.1 Mortalité.....	16
1.2.4.2 Qualité de vie.....	17
1.2.4.3 Traitement et hospitalisation.....	17
1.2.4.4 Psychosocial.....	18
1.3 Prise en charge de la dénutrition.....	19
1.3.1 Dépistage.....	19
1.3.1.1 Données anthropométriques.....	19
1.3.1.2 Marqueurs biochimiques.....	19
1.3.1.3 L'évaluation des ingesta.....	20
1.3.1.4 Mesure de la composition corporelle.....	20
1.3.1.5 Évaluation de la condition physique.....	20
1.3.1.6 Les index nutritionnels.....	21
1.3.1.7 Recommandation de la HAS.....	21
1.3.2 Moyens de lutte contre la dénutrition.....	24
1.3.2.1 Conseils hygiéno-diététiques.....	24
1.3.2.2 Les compléments nutritionnels oraux (CNO).....	24
1.3.2.3 Le recours à une alimentation artificielle.....	24
1.4 La prise en charge de la dénutrition des patients suivis en oncologie : parcours de soin.....	26
1.4.1 Repérer la dénutrition.....	26
1.4.1.1 Le dépistage.....	26
1.4.1.2 Les outils.....	26
1.4.2 Spécificité de la prise en charge.....	27
1.4.2.1 Prise en charge des effets secondaires de la pathologie et des traitements.....	27
1.4.2.2 Prise en compte du patient et de la situation clinique.....	27
1.4.2.3 Lutte contre l'inflammation systémique induite par la pathologie cancéreuse.....	28
1.4.2.4 Le sport, recommandé aussi dans cette population.....	28
1.4.2.5 Place des régimes et compléments alimentaires	28
1.4.3 Les intervenants disponibles en ville.....	29
1.4.4 Place du médecin généraliste dans ce parcours de soin.....	30

1.4.4.1	Prise en charge du patient cancéreux en médecine de ville.....	30
1.4.4.2	Le lien ville-hôpital.....	30
1.4.4.3	Point de vue des patients et des professionnels de santé.....	31
2	Méthode.....	32
2.1	Choix du type d'étude.....	32
2.2	Échantillonnage.....	32
2.3	Recueil des données.....	33
2.4	Analyse des données.....	33
2.5	Bibliographie et recherches.....	34
2.6	Réglementation et éthique.....	34
3	Résultats.....	35
3.1	Population d'étude.....	35
3.2	Analyse des résultats.....	36
3.2.1	Rôle ressenti du médecin traitant.....	36
3.2.1.1	Un rôle de premier recours.....	36
3.2.1.1.1	Pour dépister.....	36
3.2.1.1.2	Pour aborder.....	36
3.2.1.1.3	Pour prendre en charge.....	37
3.2.1.2	Un rôle d'accompagnateur.....	38
3.2.1.2.1	Éduquer.....	38
3.2.1.2.2	Être présent.....	38
3.2.1.2.3	Coordonner.....	38
3.2.2	Approche de la dénutrition.....	39
3.2.2.1	Reconnaître la pathologie.....	39
3.2.2.1.1	Au bon moment.....	39
3.2.2.1.2	Chez tous les patients.....	39
3.2.2.2	Place accordée à la dénutrition.....	40
3.2.2.2.1	Une pathologie à part entière.....	40
3.2.2.2.2	Importance dans la prise en charge.....	40
3.2.2.3	Appréhender la pathologie.....	41
3.2.2.3.1	Complexité.....	41
3.2.2.3.2	Connaissance.....	41
3.2.2.3.3	Ressenti.....	42
3.2.3	Le patient face à la dénutrition : regard du médecin.....	43
3.2.3.1	Importance de la nutrition pour les patients.....	43
3.2.3.2	Autonomie et capacité des patients.....	43
3.2.3.3	Regard sur leur ressenti.....	44
3.2.3.3.1	Ressenti face à la pathologie.....	44
3.2.3.3.2	Ressenti face au parcours de soin.....	44
3.2.3.3.3	Conséquences sur la prise en charge.....	45
3.2.4	Le parcours de soin.....	45
3.2.4.1	Changer de statut.....	45
3.2.4.1.1	Suivi des patients.....	45
3.2.4.1.2	Ressenti des médecins.....	46
3.2.4.1.3	Postures.....	46
3.2.4.1.4	Ne pas connaître le parcours de soin nutritionnel en oncologie.....	47

3.2.4.2 Travailler en réseau.....	48
3.2.4.2.1 Des réseaux de proximité.....	48
3.2.4.2.2 Le lien ville-hôpital.....	48
3.2.5 Les besoins identifiés.....	49
3.2.5.1 Formation.....	49
3.2.5.2 Le réseau.....	50
3.2.5.3 Communication.....	51
3.2.5.3.1 Avec les oncologues.....	51
3.2.5.3.2 Avec les patients.....	52
4 Discussion.....	53
4.1 Résultats principaux.....	53
4.2 Comparaison avec la littérature.....	57
4.3 Forces et faiblesses.....	60
4.3.1 Forces.....	60
4.3.2 Faiblesse.....	61
4.4 Perspectives.....	62
5 Conclusion.....	64
6 Bibliographie.....	65
Annexe.....	70
Annexe 1 : Seuils proposés pour évaluer la réduction de masse ou de fonction musculaire chez le patient de 18 à 69 ans (HAS 2019).....	70
Annexe 2 : Seuils proposés pour définir la sarcopénie confirmée : association d’une réduction de force et de masse musculaire chez le patient à partir de 70 ans (HAS 2021).....	70
Annexe 3 : Guide d’entretien.....	71
Annexe 4 : Formulaire d’information et de consentement.....	73

1 Introduction

1.1 Présentation

En 2018 en France, l'INCa (Institut National du Cancer) estime le nombre de nouveaux cas de cancer à 382 000, avec 1000 nouveaux cas détectés tous les jours. Le taux de survie est globalement à la hausse, grâce à une meilleure prise en charge. De ce fait, le nombre de patients vivants avec un cancer ou guéris d'un cancer est plus important. En 2018, on dénombre 3,8 millions de patients ayant eu un cancer au cours de leur existence en France. La prise en charge des patients en cours de traitement et après traitement est donc devenue un enjeu important. L'objectif est, au-delà de la survie, l'amélioration de la qualité de vie de ces patients.(1)

Pour accompagner les patients dans cette période de leur vie, les objectifs de la prise en charge sont divers : améliorer la prise en charge de la douleur, améliorer la prise en charge des effets secondaires des traitements ; favoriser l'insertion des patients et leur autonomie dans la vie quotidienne. Dans cette démarche, la nutrition a un rôle important dans le parcours de soin.

La dénutrition est présente chez 40 % des patients victimes de cancer, d'autant plus dans les cancers digestifs où elle atteint 60 à 90 % des patients. Il apparaît que la dénutrition est plus fréquente chez les personnes âgées atteintes de cancer par rapport à une population plus jeune (avec une différence de 8,2 % entre les deux populations dans l'étude nutricancer 2012), avec une augmentation de la dénutrition avec l'âge.(2) Au-delà d'être un facteur péjoratif de survie et de récurrence, elle altère la qualité de vie. La lutte contre la dénutrition s'inscrit donc comme un levier d'amélioration dans la prise en charge des patients suivis en oncologie. (3)

Le plan cancer 2014-2019 affirme l'importance de la prévention secondaire et tertiaire pour permettre le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie durant et après les traitements du cancer. Cette prise en charge globale inclut la lutte contre la dénutrition (4). Le programme national nutrition santé (PNNS 2019-2023) met également en avant la dénutrition dans son objectif 17 : prévenir la dénutrition, avec un objectif spécifique concernant « l'évaluation systématique de l'état nutritionnel du patient atteint de cancer dans le parcours de soin ». (5)

Le médecin traitant va être un acteur clé de l'évaluation et de la prévention de la dénutrition tout au long du parcours de soin. Cela va passer par l'évaluation de l'état nutritionnel, le recours à des conseils nutritionnels adaptés à l'état de dénutrition d'une part et d'autre part, au recours à l'activité physique, permettant de lutter contre la fonte musculaire. Pour cela, le recours à l'activité physique adaptée (APA), sur prescription médicale, est en train de se mettre en place sur le territoire.

Toutes ces interventions vont nécessiter de multiples acteurs, que ce soit en ville ou à l'hôpital. En lien avec les structures hospitalières, le médecin généraliste va pouvoir être un acteur central, présent tout au long de la prise en charge du cancer.

L'objectif de cette étude est d'analyser le ressenti du médecin généraliste sur la prise en charge du patient cancéreux dénutri pour comprendre les facteurs influençant celle-ci et réfléchir à d'éventuels axes d'amélioration. Nous avons choisi de nous intéresser à la prise en charge active (comportant le traitement et le suivi) uniquement des patients adultes, les populations pédiatriques et les situations de fin de vie étant à notre sens des situations particulières avec des enjeux différents.

Ainsi, quel est le ressenti du médecin traitant sur la prise en charge des patients dénutris en cours de traitement actif d'un cancer ? Comment perçoit-il sa place dans la lutte contre la dénutrition auprès de ces patients ? Quelles sont les difficultés rencontrées dans cette prise en charge ?

Par ailleurs, le lien avec d'autres acteurs du parcours de soin, notamment en structure hospitalière est-il satisfaisant ?

Pour questionner cette prise en charge, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes de la Loire Atlantique.

Dans un premier temps, nous allons aborder des notions générales sur la dénutrition et son importance dans la pathologie cancéreuse. Nous aborderons ensuite les moyens de prise en charge et le parcours de soin du patient dénutri suivi en oncologie.

Ensuite, nous présenterons la méthode et les résultats de l'étude. Enfin, nous discuterons des résultats.

1.2 La dénutrition

1.2.1 Définitions

1.2.1.1 La dénutrition

Plusieurs définitions de la dénutrition ont été proposées, sans qu'il y ait un véritable consensus sur une seule définition, tant la clinique de cette pathologie peut être variable.

Il faut d'abord distinguer la dénutrition de la notion de malnutrition, terme plus large qui englobe la malnutrition avec déficit, avec excès ou avec carence d'apport spécifique dans la balance nutritionnelle. Le terme de « sous-nutrition », *undernutrition* en anglais, est de plus en plus utilisé et reflète mieux le concept de déficit nutritionnel. Globalement, il semble que la définition d'« un état de déséquilibre nutritionnel caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif » peut être retenue, mais la compréhension des mécanismes physiopathologiques qui mènent à la dénutrition permet d'appréhender pleinement la diversité des situations pouvant conduire à cet état.

Ces mécanismes peuvent être : un déficit d'apport, une augmentation des dépenses, une augmentation des pertes énergétiques.

La plupart du temps, la dénutrition résulte d'une combinaison de ces différents mécanismes, chacun de ces mécanismes est sous-tendu par divers facteurs. Par exemple, l'augmentation des dépenses peut être due à de nombreuses causes (infection, cancer...).

Par ailleurs, on peut ajouter à cette définition que cet état de déséquilibre entraîne des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères, ce qui le différencie de l'amaigrissement. Cet état va alors se traduire par une fragilité de l'organisme (fonte musculaire, susceptibilité aux infections ...) avec une augmentation de la morbi-mortalité in fine.

En France en 2018, on estime à 2 millions le nombre de personnes souffrant de dénutrition (5), avec une prévalence plus importante dans les populations âgées et atteintes de pathologie chronique.

Dans la pathologie cancéreuse, la prévalence de la dénutrition est en moyenne de 40 %, avec une prévalence plus élevée pour les localisations sur les voies aérodigestives. (3,5)

1.2.1.2 *La cachexie*

La cachexie correspond à une « Altération profonde de l'état général avec maigreur extrême, telle qu'on l'observe à la phase terminale des affections chroniques ». C'est un état de dénutrition extrême dans un contexte de pathologie chronique associant anorexie et état catabolique. (6) Cette définition, peu précise, s'applique à tous les patients atteints de pathologies chroniques au stade avancé.

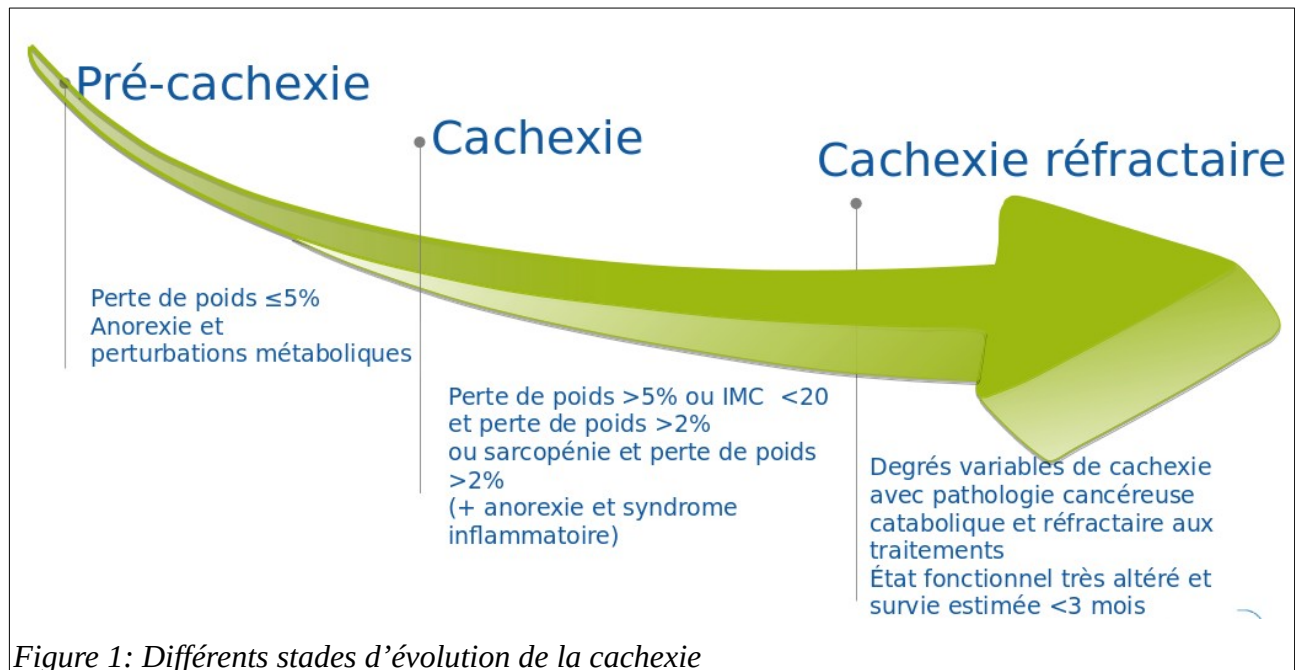
En 2011, une définition de la cachexie concernant les patients suivis en oncologie a été proposée après consensus d'expert, afin de mieux repérer et prendre en charge cet état dans cette population.

La définition proposée est « un état multifactoriel caractérisé par une perte de masse musculaire (avec ou sans perte de masse grasse) qui ne peut pas être complètement réversible par un support nutritionnel conventionnel et mène progressivement à un déficit fonctionnel. » Il a été proposé 3 stades d'évolution de la cachexie cancéreuse, avec des critères objectifs, permettant de repérer et donc d'intervenir plus précocement (Fig.1) :

- Pré-cachexie : Des signes cliniques et métaboliques vont faire suspecter la progression vers la cachexie tels que l'anorexie, l'intolérance au glucose, la perte de poids involontaire $\leq 5\%$ du poids.
- La cachexie : Définie par une perte de poids de plus de 5 % en 6 mois ou un IMC < 20 et une perte de poids de plus de 2 % ou un index d'évaluation de la masse musculaire appendiculaire compatible avec une sarcopénie et une perte de poids $> 2\%$.
- La cachexie réfractaire : Dans le cas des patients en phase avancée de cancer (pré-terminale, absence de réponse aux traitements), en phase de catabolisme actif où la prise en charge intensive de la dénutrition n'est plus appropriée. Cette phase est caractérisée par un état général très altéré et par une espérance de vie inférieure à 3 mois.

Cette classification a pour but de repérer le plus tôt possible la cachexie chez les patients cancéreux et d'apporter une prise en charge adaptée au statut nutritionnel. Ainsi, une prise en charge active sera proposée dès le stade de pré-cachexie, une attitude palliative avec une discussion éthique sur la poursuite d'un support nutritionnel au stade de cachexie réfractaire. (7)

La prévalence de la cachexie dans la pathologie cancéreuse varie en fonction des localisations : de 87 % dans les cancers du pancréas et gastrique à 20 % dans les cancers du sein. On estime qu'elle est responsable de 20 % des décès des patients cancéreux. (8)



1.2.1.3 La sarcopénie

La sarcopénie est définie par une perte de masse musculaire associée à une dégradation fonctionnelle. Sa définition opérationnelle, revue par consensus par la EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People) en 2018, suppose 3 critères qui s'ajoutent :

- Une perte de force musculaire (caractère indispensable : sarcopénie probable),
- Une faible qualité ou quantité musculaire (diagnostic confirmé)
- Une performance physique dégradée (la sarcopénie est alors sévère).

Elle est classiquement décrite dans la population âgée où elle peut survenir uniquement du fait des facteurs métaboliques inhérents au vieillissement (sarcopénie primaire), mais peut aussi se voir dans le cas de pathologie telle que les pathologies inflammatoires ou le cancer par exemple (sarcopénie secondaire). La prévalence de la sarcopénie dans la population générale varie selon les études en fonction de la définition retenue et des marqueurs utilisés, elle est aux alentours de 20 % au-delà de 65 ans et peut atteindre jusqu'à 50 % au-delà de 80 ans. Cette prévalence augmente dans la population atteinte de cancer. (9–12)

1.2.2 Mécanismes et physiopathologie de la dénutrition

La dénutrition est donc un état de déséquilibre, qui va contraindre le corps à mobiliser ses réserves pour fournir un substrat énergétique. Pour se faire, il va pouvoir puiser dans le tissu adipeux (lipides), le glycogène (glucides) ou le tissu musculaire (protéines). Il faut ajouter à cela le fait que le glucose est essentiel au fonctionnement de certains organes glucodépendants, notamment le cerveau à court terme. Le but est alors de fournir des substrats énergétiques aux organes, avec un impératif de fournir du glucose pour certains.

Le corps va d'abord utiliser le glycogène qui sera rapidement épuisé. Il va ensuite puiser dans les réserves protéiques musculaires en utilisant les acides aminés pour la néoglucogenèse, provoquant une fonte musculaire. Les réserves en lipides seront mobilisables moins rapidement, mais vont pouvoir secondairement produire des corps cétoniques pour épargner l'utilisation protéique et arriver à un état de relatif équilibre. In fine, l'équilibre va se rompre et la protéolyse va reprendre dans un organisme déjà dénutri : la fonte musculaire importante va mener rapidement au décès.

De nombreuses hormones vont avoir un rôle crucial dans ces mécanismes. De plus, les cytokines, protéines de l'inflammation vont influencer la régulation de la balance protéino-énergétique dans les situations de stress de l'organisme.(13–15)

1.2.3 Dénutrition et cancer

Chez le patient cancéreux, de multiples facteurs vont précipiter la dénutrition.

1.2.3.1 Une réduction des apports

Elle peut résulter de multiples causes. Tout d'abord, de facteurs mécaniques : en effet, dans les cancers ORL et du tube digestif, des atteintes de la mâchoire, des dents... vont empêcher la bonne alimentation. Des troubles olfactifs et gustatifs peuvent aussi être présents. La dénutrition protéique sévère va également perturber la motricité digestive et la vidange gastrique entraînant une sensation de satiété précoce. Par ailleurs, une anorexie multifactorielle va être présente dans la majorité des cas : les cytokines pro-inflammatoires majorent l'anorexie, un syndrome anxio-dépressif associé au cancer peut aussi contribuer à ce symptôme.

Un état de malabsorption peut apparaître en cas de chirurgie carcinomateuse avec ablation d'une partie du tube digestif, ou de lésion de la muqueuse digestive suite aux traitements (radiothérapie par exemple).

Enfin, les thérapies vont participer à cette réduction d'apport : en induisant des lésions du tube digestif (mucite radio-induite par exemple), mais aussi en induisant une anorexie et des nausées (effets secondaires des chimiothérapies).

L'état de cachexie, dans la pathologie évoluée, peut également retentir sur la capacité du patient à se procurer de la nourriture, à la préparer, à être éveillé dans la journée aux heures des repas.

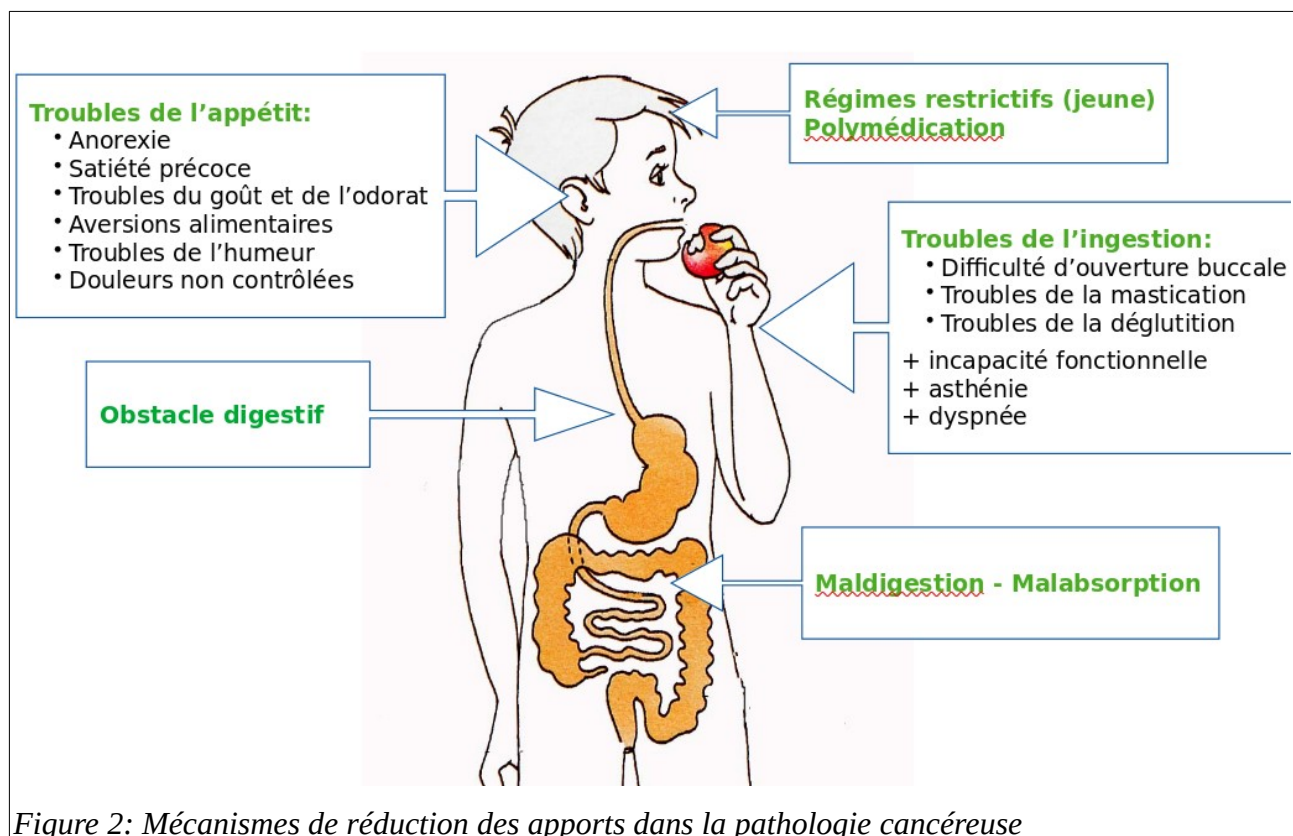


Figure 2: Mécanismes de réduction des apports dans la pathologie cancéreuse

1.2.3.2 Une majoration des besoins

- De multiples facteurs :

Contrairement à un organisme en état de jeûne, qui peut diminuer ses dépenses énergétiques pour limiter la perte protéique, l'état inflammatoire du cancer induit un état de catabolisme constant aux dépens des tissus de réserve de l'organisme. En effet, le cancer provoque un état d'inflammation et de majoration des hormones du catabolisme (cortisol, glucagon) majorant les dépenses énergétiques. On se retrouve donc dans un état de néoglucogenèse au détriment de la masse musculaire (amyotrophie rapide), et de lipolyse avec fonte des graisses. Il se produit également une production de protéines de l'inflammation par le foie au détriment notamment de l'albumine. (16)

La majoration des besoins provient aussi du renouvellement des tissus, par exemple après une chirurgie carcinomateuse. La douleur induite peut activer les circuits centraux de réponse au stress, activer le système adrénergique et induire une majoration du cortisol (catabolique). (17)

- Un état inflammatoire permanent :

L'état de catabolisme induit par le cancer est médié par plusieurs facteurs, notamment le TNF alpha, l'IL1 et l'IL6 qui vont favoriser le catabolisme et l'inflammation.

Ces réponses au stress sont des circuits complexes, qui dans le cadre d'une infection aiguë permettent une réponse appropriée à l'agression. Dans la pathologie cancéreuse, cet état perdure : l'inflammation permanente va finalement être délétère et mener à terme à la cachexie.

1.2.4 Impact de la dénutrition chez le patient cancéreux

1.2.4.1 Mortalité

La mesure de l'impact de la nutrition sur la progression du cancer est rendue complexe par la multiplicité des facteurs de confusion pouvant jouer dans l'évolution de la maladie. D'autre part, les résultats sont fondés sur des études observationnelles comportant donc de nombreux biais. En 2020 l'INCa a réalisé une synthèse de l'impact des facteurs nutritionnels pendant et après cancer en se basant sur l'analyse de la littérature. Malgré les facteurs de confusion, il a pu être mis en évidence un impact clair de la dénutrition sur la survie dans plusieurs localisations cancéreuses. Ainsi, la dénutrition est associée à une augmentation de la mortalité globale et à un risque de récurrence et de progression chez les patients atteints de cancer colorectal.

Elle est également associée à « une augmentation probable de la mortalité globale chez les patients atteints de cancer du poumon, du pancréas, de l'œsophage et du foie et du risque de récurrence chez les patients atteints de cancer du foie, et de la mortalité globale et spécifique et du risque de récurrence chez les patients atteints du cancer de l'estomac (niveau de preuve probable).»(18) Pour de nombreuses autres localisations, la dénutrition majore la mortalité ou le risque de récurrence avec un niveau de preuve suggéré.

1.2.4.2 Qualité de vie

La qualité de vie est une notion multifactorielle impliquant des facteurs émotionnels, cognitifs et sociaux relatifs à la perception du bien-être des personnes.

Les conséquences de la dénutrition et à terme de la cachexie sont une perte des capacités fonctionnelles (musculaire, défenses immunitaires, cicatrisation...) qui va avoir un impact direct sur la qualité de vie, l'état général étant dégradé. (3)Une amélioration du statut nutritionnel est corrélée à une amélioration de la qualité de vie, même aux stades avancés de la maladie. (19)

1.2.4.3 Traitement et hospitalisation

La dénutrition est également associée à une toxicité plus élevée des traitements anticancéreux. Les complications postopératoires sont plus fréquentes chez les patients dénutris. Plusieurs études ont montré des effets indésirables des chimiothérapies et radiothérapies plus fréquents en cas de dénutrition. Un arrêt plus précoce de la chimiothérapie ou une initiation du traitement plus tardive ont également été démontrés. Ceci s'explique par le fait que l'administration de la chimiothérapie est parfois annulée ou reportée chez les patients qui ne la supporteraient pas (toxicité accrue). Des résultats similaires ont été retrouvés avec différentes thérapies ciblées. Un lien probable avec la diminution de masse musculaire est supposé, avec plusieurs études montrant une corrélation entre la sarcopénie et la toxicité des traitements. Un autre mécanisme est le concept de fragilité, connu en gériatrie : l'état de dénutrition entraîne une altération globale de la fonctionnalité de l'organisme, une sarcopénie et une moindre tolérance de la chimiothérapie. (20)

La durée d'hospitalisation des patients dénutris est également augmentée : ces patients sont plus susceptibles de faire des complications (infections, escarres...). (21)

En particulier, le risque d'infections nosocomiales est plus élevé : dans une étude multicentrique réalisée en France, ayant inclus plus de 1600 patients, le taux d'infection nosocomiale est passé de 4,4 % en absence de dénutrition à 14,6 % chez les patients sévèrement dénutris. (22)

1.2.4.4 Psychosocial

La perte de poids peut avoir un impact important sur le plan psychologique et sur l'organisation de la vie des patients et de leur entourage.

- Les changements physiques induits par la perte de poids, la perte de force, mènent à une restriction des activités et à une dépendance, jusqu'à l'isolement social à terme. Ces changements physiques et cette perte de capacité altèrent l'estime de soi des patients.
- Le rapport à la nourriture peut changer : les patients et leurs proches changent leurs habitudes et essaient de se « forcer » pour lutter contre la maladie, réorganisant le quotidien pour améliorer l'état nutritionnel, menant parfois à des situations de conflit dans la sphère familiale.
- Un sentiment d'échec malgré les efforts produits par les patients et leurs proches, avec parfois le sentiment de décevoir et « que le cancer prend le contrôle de leur corps » a été décrit par les patients.
- Tristesse, anxiété, insatisfaction, frustration, colère, culpabilité ont été relevées par les patients dénutris cancéreux ; inversement proportionnel au niveau d'acceptation de la maladie. (23)

1.3 Prise en charge de la dénutrition

1.3.1 Dépistage

Il n'existe pas de méthode simple et précise de dépistage de la dénutrition, car chaque marqueur isolé n'est pas assez sensible ni spécifique. C'est plutôt la combinaison des marqueurs qui permet de repérer les patients dénutris ou à risque de dénutrition.

1.3.1.1 *Données anthropométriques*

- Poids, taille, IMC :

Les mesures du poids et de la taille sont des marqueurs facilement mesurés en médecine générale. Au-delà du chiffre brut, il va être intéressant de surveiller la dynamique de perte de poids par rapport au poids antérieur mesuré tout au long du suivi. L'IMC (Indice de Masse Corporelle), poids rapporté à la taille au carré ($IMC = P/T^2$) permet de relativiser le chiffre brut du poids en fonction de la taille.

- Pli cutané et circonférence des membres :

La mesure du pli cutané reflète la masse grasse et permet donc d'analyser plus finement la répartition de la masse grasse et maigre. Cependant, elle est en pratique peu utilisée car elle nécessite de maîtriser la technique et est opérateur-dépendant. La mesure de la circonférence brachiale, elle, permet d'estimer la masse maigre. Elle mérite également une maîtrise de la technique. En pratique ces mesures sont peu adaptées au dépistage, les valeurs pathologiques étant retrouvées à des niveaux de dénutrition avancés. (24)

1.3.1.2 *Marqueurs biochimiques*

Les marqueurs les plus utilisés sont les protéines d'origine hépatique, dont le taux est considéré comme reflétant la disponibilité des acides aminés pour la synthèse de protéines hépatiques.

- L'albumine : Protéine produite par le foie, elle va avoir un rôle important de maintien de la pression oncotique, et de transport de différentes molécules (acides aminés, vitamines, hormones...). Sa concentration plasmatique habituelle est de 35 à 50g/l, et peut diminuer en

cas de dénutrition, mais aussi de situation d'inflammation, d'insuffisance hépatique, de fuite urinaire... Sa demi-vie de 20 jours environ explique qu'elle ne permet pas de dépister les variations récentes de l'état nutritionnel. De plus, les résultats peuvent différer selon la technique utilisée. L'HAS retient comme méthode validée l'immunoturbidimétrie ou l'immunonéphélométrie. (25)

- La transthyrétine, ou préalbumine, est également une protéine de transport. Elle a l'avantage d'avoir une demi-vie courte, de 2 jours, permettant de démasquer plus tôt la dénutrition.
- D'autres protéines hépatiques comme la transferrine, la retinol-binding-protéine, la fibronectine, sont moins spécifiques car influencées par d'autres facteurs que la nutrition, rendant leur utilisation moins pertinente. On peut également doser des marqueurs de l'inflammation comme la CRP, permettant de donner une idée de l'inflammation qui va être un facteur influençant négativement l'état nutritionnel. (24)

1.3.1.3 L'évaluation des ingesta

L'évaluation des ingesta peut être cotée par des mesures simples (semi-quantitatif ou par Echelle Visuelle Analogue EVA). Elle est plus facile à réaliser en structure, où le personnel médical pourra évaluer régulièrement les prises alimentaires; qu'à domicile notamment chez les patients isolés.

1.3.1.4 Mesure de la composition corporelle

Il est possible d'évaluer les différents compartiments : masse grasse, masse maigre et contenu osseux ; au travers d'examens complémentaires (impédancemétrie, absorptiométrie à rayons X), cependant ces examens sont peu utilisés en pratique courante.

La mesure de la masse musculaire totale à travers l'évaluation de la coupe transverse de la 3ème vertèbre lombaire par scanner ou IRM est une méthode en cours d'évaluation, elle permettrait d'évaluer la sarcopénie sur des examens réalisés de manière régulière en oncologie (scanner). (26)

1.3.1.5 Évaluation de la condition physique

Plusieurs tests d'évaluation de la force musculaire sont disponibles comme le handgrip test permettant d'évaluer la force de préhension au moyen d'un dynamomètre ; le test de lever de chaise, le test de marche. Il est aussi possible de tester l'équilibre et la statique avec des tests d'appui unipodal et bipodal par exemple. (26)

1.3.1.6 Les index nutritionnels

Pour permettre d'améliorer la sensibilité et la spécificité des marqueurs, des index composites incluant différents marqueurs ont été créés comme le NRI (Nutritional Risk Index), le MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) ou le MNA (MiniNutritional Assessment). (27,28)

Par exemple, le MUST inclut l'IMC, la perte pondérale et la présence d'un jeûne de plus de 5 jours dans un contexte de pathologie aiguë.

1.3.1.7 Recommandation de la HAS

La HAS (Haute Autorité de Santé) a réévalué les critères de diagnostic de la dénutrition en 2019 pour les patients jusqu'à 69 ans et en 2021 pour les patients à partir de 70 ans, permettant d'inscrire la dénutrition dans un contexte clinique.

Les principaux changements dans les recommandations sont :

- le dépistage de la dénutrition repose uniquement sur des critères cliniques (phénotypique et étiologique).
- la perte de poids peut être volontaire (cas des régimes amincissants excessifs) ou involontaire.
- la masse et/ou la fonction musculaire sont des éléments à prendre en compte.
- l'albuminémie n'est plus un critère diagnostic mais uniquement un critère de sévérité, l'albuminémie étant prise en compte indépendamment de l'état inflammatoire.

➤ Diagnostic de la dénutrition chez l'adulte (de 18 ans à 69 ans)

Le diagnostic nécessite la présence d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique.

➤ Critères phénotypiques :

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ du poids habituel avant le début de la pathologie.
- IMC $< 18,5 \text{ kg/m}^2$;
- Réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaire. (mesurée par la force de préhension, la vitesse de marche, ou par imagerie, impédancemétrie, absorptiométrie biphotonique à rayon X). (Annexe 1)

➤ Critères étiologiques :

- Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation habituelle ou par rapport aux besoins estimés.
- Absorption réduite (malabsorption, maldigestion)
- Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou chronique ou pathologie maligne évolutive.

➤ Évaluation de la sévérité :

La sévérité est estimée en fonction des critères d'IMC, d'importance de la variation de poids et de dosage de l'albuminémie.(29,30)

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)	Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)
<p>→ $17 < \text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$.</p> <p>→ 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.</p> <p>→ Albuminémie* $> 30 \text{ g/L}$ et $< 35 \text{ g/L}$.</p>	<p>→ $\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$.</p> <p>→ 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.</p> <p>→ Albuminémie* $\leq 30 \text{ g/L}$.</p>

Figure 3: Critère de sévérité de la dénutrition de l'adulte ≥ 18 ans et < 70 ans (HAS 2019)

➤ **Diagnostic de la dénutrition chez la personne à partir de 70 ans**

Dans cette situation, selon les recommandations de 2021, il est également nécessaire de disposer d'un critère phénotypique et étiologique, mais la limite d'IMC et les critères de mesure de masse musculaire sont différents :

➤ Critères phénotypiques

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou 10% en 6 mois ou $\geq 10\%$ du poids habituel avant la maladie
- IMC < 22
- Sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de force et de masse musculaire. (Annexe 2)

Les critères étiologiques ne changent pas par rapport aux patients de moins de 70 ans. (25,31)

➤ Critères de sévérité

Les critères de sévérités diffèrent uniquement sur les valeurs d'IMC.

<p>Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)</p> <ul style="list-style-type: none">— $20 \leq \text{IMC} < 22$.— Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.— Albuminémie* ≥ 30 g/L.	<p>Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)</p> <ul style="list-style-type: none">— IMC < 20 kg/m².— 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.— Albuminémie* ≤ 30 g/L.
--	--

Figure 4: Critère de sévérité de la dénutrition de la personne âgée ≥ 70 ans (HAS 2021)

1.3.2 Moyens de lutte contre la dénutrition

En plus du traitement de la pathologie causale, diverses méthodes sont utilisées pour lutter contre la dénutrition.

1.3.2.1 Conseils hygiéno-diététiques

Il va tout d'abord être important d'organiser les repas dans un environnement agréable, avec des menus adaptés aux goûts des patients et avec une aide technique ou humaine si besoin.

Il peut être conseillé d'augmenter la fréquence des prises alimentaires, en intégrant des collations, en fractionnant les repas et en réduisant la durée du jeûne nocturne. On peut majorer les apports par l'enrichissement protéino-énergétique si les prises alimentaires du patient sont insuffisantes.

Le maintien d'une activité physique permet également de favoriser la sensation de faim, de lutter contre la sarcopénie et d'améliorer le moral. En effet la diminution de l'activité physique et l'augmentation des comportements sédentaires participent au déconditionnement physique et à la dégradation de l'état général. (26,32)

Dans ce but, le recours à des professionnels en activité physique adaptée (APA) se développe : ces professionnels vont évaluer les ressources des patients et développer un projet d'activité physique adapté à la pathologie.

1.3.2.2 Les compléments nutritionnels oraux (CNO)

Les CNO peuvent être hypercaloriques et/ou hyperprotéiques, ils ont l'avantage d'amener un apport conséquent de protéines et d'énergie dans un faible volume. Ils sont indiqués si le tube digestif est fonctionnel et que les apports oraux restent suffisants (>2/3 des besoins).

En général il est préconisé de consommer deux CNO par jour pour atteindre 400 kcal ou 30g de protéines supplémentaires par jour, lors du repas ou lors de la collation. (33)

1.3.2.3 Le recours à une alimentation artificielle

En cas de prise alimentaire per os insuffisante, il est parfois nécessaire de recourir à l'alimentation artificielle. Si le tube digestif est fonctionnel, une alimentation entérale va être proposée :

- Par sonde naso-gastrique si l'alimentation artificielle est transitoire.
- Par gastrostomie en cas d'alimentation artificielle prévue pour plus d'un mois.

L'alimentation sera poursuivie à domicile si nécessaire, après une courte hospitalisation pour sa mise en place, avec l'aide de structures comme les prestataires de santé à domicile ou l'hospitalisation à domicile (HAD).

Si l'alimentation orale ou entérale n'est pas possible ou insuffisante, une alimentation parentérale peut être proposée soit en complément, soit en remplacement de la nutrition par voie entérale ou orale. Elle sera préférentiellement administrée par voie veineuse centrale, pour éviter les complications plus fréquentes sur voie veineuse périphérique (veinite, thrombose, infection). (34) Ainsi, la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNCM) et la Fédération Française de Nutrition (FFN) proposent un algorithme de prise en charge de la dénutrition pour adapter la prise en charge à l'importance de la dénutrition et à l'état clinique du patient. (35)

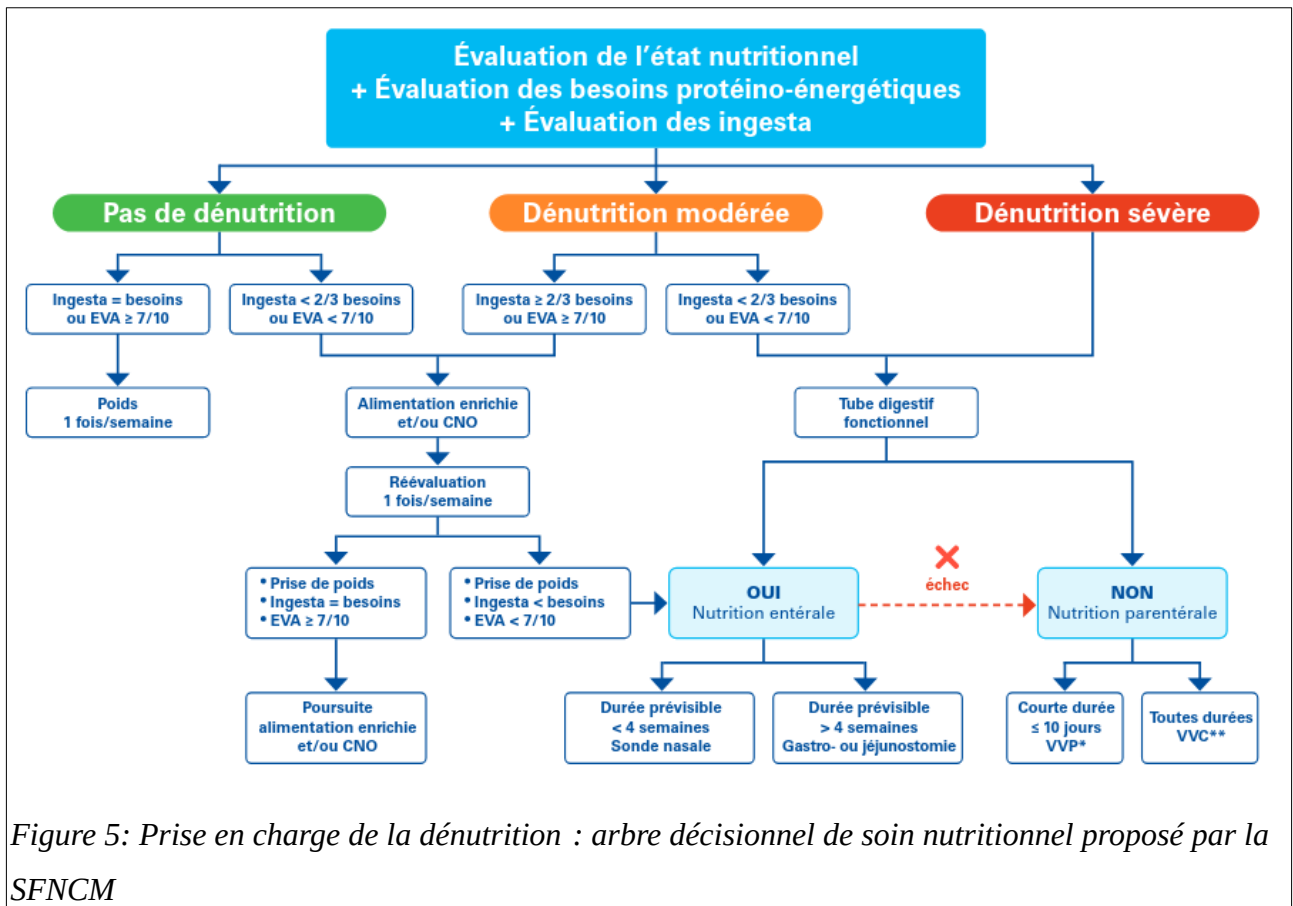


Figure 5: Prise en charge de la dénutrition : arbre décisionnel de soin nutritionnel proposé par la SFNCM

1.4 La prise en charge de la dénutrition des patients suivis en oncologie : parcours de soin

1.4.1 Repérer la dénutrition

1.4.1.1 Le dépistage

Il est recommandé, dès l'annonce diagnostique et tout au long du parcours de soin, d'évaluer l'état nutritionnel des patients. Le réseau NACRe (Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche) préconise même que « l'évaluation nutritionnelle soit intégrée au dispositif d'annonce » afin d'évaluer l'intérêt d'une consultation dédiée précoce.

1.4.1.2 Les outils

Les outils de dépistage sont les mêmes qu'en population générale, il n'y a pas d'outil ni de critère faisant l'unanimité permettant de dépister la dénutrition de manière homogène dans cette population. Les données anthropométriques sont fréquemment citées, notamment l'évolution pondérale à chaque consultation, mais peuvent sous-estimer la dénutrition notamment en cas d'obésité initiale.

Au final, des critères composites semblent être les plus pertinents, mais on constate un manque de comparaison des outils et un manque de consensus pour définir les meilleurs critères et les seuils qui permettraient d'intervenir au bon moment dans la prise en charge nutritionnelle, hormis dans certaines situations spécifiques (chirurgie carcinologique par exemple). (3,36,37)

Dans ce contexte, l'ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) a rédigé des recommandations concernant la prise en charge nutritionnelle des adultes atteints de cancer en 2016 après consensus d'expert, afin de dégager des recommandations plus homogènes. Pour le repérage de la dénutrition dans cette population, l'évaluation régulière de la prise alimentaire notamment avec des scores de dépistage comme le MUST associé à la mesure de l'IMC et de la perte de poids a été retenue. En effet, ces techniques de dépistage sont rapides, peu chères, avec une bonne sensibilité et spécificité. La mesure dynamique des données anthropométriques, à chaque consultation, est une mesure importante permettant de ne pas passer à côté d'une dénutrition d'un patient obèse pour lequel l'IMC seul pourrait être trompeur. En cas d'anomalies lors de ce dépistage, des examens plus complets sont recommandés (évaluation précise de la prise alimentaire, évaluation de la masse musculaire, évaluation de l'inflammation). (38)

1.4.2 Spécificité de la prise en charge

Dès le début de la prise en charge, des conseils spécifiques en nutrition sont recommandés, avec si besoin un recours à un professionnel formé : il s'agit d'un temps dédié et répété au cours du suivi permettant d'explorer et d'identifier les besoins spécifiques de chaque patient.

Comme pour les patients dénutris en population générale, les règles hygiéno-diététiques et des compléments nutritionnels oraux, voire une supplémentation entérale ou parentérale sont des modalités de prise en charge possibles. Cependant, plusieurs spécificités sont spécifiques à cette population.

1.4.2.1 Prise en charge des effets secondaires de la pathologie et des traitements

Le groupe de pratique diététique en nutrition oncologique de l'*Academy of Nutrition and Dietetics* recommande plusieurs stratégies de prise en charge.(39) Par exemple, pour lutter contre l'anorexie, on peut proposer de manger des plus petites portions mais plus fréquemment et avec une teneur calorique et protéique importante. D'un point de vue médicamenteux, la prise d'anti-nauséeux va permettre d'améliorer la prise alimentaire, la prise en charge de la douleur va également être un outil important. L'utilisation de corticothérapie durant une à trois semaines a été retenue par l'ESPEN comme solution pour augmenter l'appétit avec une force de recommandation faible, au vu des effets secondaires possibles. (38)

1.4.2.2 Prise en compte du patient et de la situation clinique

En fonction du statut nutritionnel initial du patient, du type de cancer et de la stratégie de prise en charge, la prise en charge diététique va varier. En 2012, la SFNEP (Société Française de Nutrition Entérale et Parentérale) a écrit un guide de prise en charge détaillant diverses situations. Par exemple, pour un patient ayant une tumeur du tube digestif traité par radiothérapie avec des apports inférieurs à 2/3 des besoins, une nutrition entérale par sonde naso-gastrique sera indiquée d'emblée. En cas de radio-chimiothérapie ciblant la cavité buccale, une gastrostomie prophylactique sera posée avant le début du traitement, que le patient soit dénutri ou pas. (40)

1.4.2.3 Lutte contre l'inflammation systémique induite par la pathologie cancéreuse

Comme vu plus haut, l'inflammation du cancer va accélérer la déperdition musculaire et mener à la sarcopénie. Plusieurs pistes permettant d'interagir avec les mécanismes inflammatoires via la nutrition sont en cours de recherche. Dans certaines situations de chirurgie carcinologique digestive, il est maintenant recommandé de recourir à l'immunonutrition, c'est à dire des compléments aux nutriments spécifiques destinés principalement à améliorer (ou à moduler) les fonctions immunitaires afin d'améliorer le pronostic ; en pré, voire en postopératoire. (38)

1.4.2.4 Le sport, recommandé aussi dans cette population

Dans la lutte contre la dénutrition, l'activité sportive apporte un complément indispensable à la prise en charge nutritionnelle. Elle va permettre de diminuer la fatigue, améliorer la qualité de vie et la condition physique. Certaines données sont également en faveur d'une diminution du risque de récurrence dans certains cancers (notamment le cancer du sein), et d'une amélioration de la survie et de la qualité de vie après les traitements. Néanmoins cette activité physique doit être encadrée pour être adaptée à la situation clinique du patient. Pour cela, la lutte contre la sédentarité et un programme d'activité physique adaptée auprès de professionnels en APA sont indiqués.

Il est recommandé dès le stade préopératoire de pratiquer des exercices aérobies de renforcement musculaire associés à une prise en charge nutritionnelle. De même, lors d'un traitement par radiothérapie ou traitement général (chimiothérapie, biothérapie..), l'APA a montré des bénéfices.

Il convient d'adapter les activités aux capacités du patient et de prendre en compte les effets secondaires des traitements. En effet l'APA est contre-indiquée dans certaines situations par exemple en cas d'anémie symptomatique <8g/dl, ou en cas de syndrome infectieux sévère.

Pourtant, on estime que seulement 10 % des patients en cours de traitement et 20 à 30 % des patients en rémission pratiqueront une activité physique régulière. (26,41)

1.4.2.5 Place des régimes et compléments alimentaires

Beaucoup de patients ayant un cancer s'interrogent sur l'intérêt de prise de compléments alimentaires ou de régime spécifique.

Il n'est pas démontré de bénéfice au recours de compléments alimentaires, les recommandations consistent à poursuivre une alimentation diversifiée afin d'apporter tous les nutriments suffisants.

En cas de carence prouvée biologiquement, une supplémentation est à considérer cependant, en accord avec un professionnel de santé, sans dépasser les apports nutritionnels conseillés.

De plus, une supplémentation inadaptée peut se révéler nocive : par exemple, chez les patients tabagiques en cours de radiothérapie pour cancer des voies aérodigestives supérieures, une complémentation en bêta-carotène augmente la mortalité globale et spécifique, et réduit la survie sans récurrence. (41,42)

Le jeûne intermittent et les régimes restrictifs (restriction protéique, calorique ou glucidique dans le régime cétogène) sont de plus en plus médiatisés, avec des vertus proclamées de bien-être, de réduction du risque de maladies et de tolérance des traitements ; y compris en cas de cancer.

En 2017, le réseau NACRe avec le soutien de l'INCa, a réalisé une synthèse des connaissances sur l'efficacité du jeûne et des régimes restrictifs dans le cancer. Cette synthèse souligne le peu d'études réalisées chez l'homme, avec un faible niveau de preuve des études existantes. Sur ces études, la synthèse ne permet pas de conclure : par exemple, sur les études réalisées chez l'homme pour étudier l'effet du régime cétogène (sans sucre) sur l'évolution tumorale au cours de traitement pour différentes localisations de cancer, trois études suggèrent un effet favorable du régime cétogène, tandis que 4 études concluent à une absence d'effet voire un effet délétère. Il n'est donc pas recommandé de réaliser de régime restrictif ou de jeûne pour les patients atteints de cancer, d'autant que ces régimes aggravent la dénutrition et la sarcopénie. (43,44)

Néanmoins, le jeûne thérapeutique est un fait social que les médecins ne peuvent pas ignorer, les patients fondant beaucoup d'espoir dans ces régimes restrictifs. Le réseau NACRe recommande donc aux médecins d'être à l'écoute des attentes des patients et de permettre un dialogue tenant compte de l'état actuel des connaissances scientifiques et des risques éventuels de telles pratiques (dénutrition notamment).

1.4.3 Les intervenants disponibles en ville

Parmi les professionnels participants à la lutte contre la dénutrition, nous pouvons citer les diététiciens mais aussi les professionnels en activité physique adaptée. Cependant cette prise en charge n'est pas toujours remboursée.

Nous pouvons citer aussi, en Loire-Atlantique, la SRAE nutrition (Structure Régionale d'Appui et d'Expertise) qui coordonne les différents acteurs régionaux concernés par la problématique nutritionnelle. (45)

En particulier, la SRAE a développé l’outil Dnut, outil de dépistage qui se met en place et s’adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans suivies en oncologie ou non. Il permet de dépister tôt la dénutrition par les intervenants de ville (notamment IDE) et de mettre rapidement en place une prise en charge. Également, la ligue contre le cancer propose un accompagnement diététique et en activité physique adaptée avec une prise en charge pour une partie des séances. Pour les personnes isolées, le service proxy-ligue (disponible uniquement en Loire-Atlantique) propose une prise en charge de ces intervenants à domicile.

Au niveau national, pour les patients suivis dans un Centre français de lutte contre le cancer, le réseau onco-diet regroupe des diététiciennes libérales formées en oncologie et en lien avec les structures hospitalières. (46,47)

De manière plus générale, la prise en charge des patients cancéreux en ville peut se faire via un prestataire de santé à domicile, l’hospitalisation à domicile ou l’équipe mobile de soins palliatifs en fonction du stade de la maladie, avec une prise en charge nutritionnelle possible dans ces soins.

1.4.4 Place du médecin généraliste dans ce parcours de soin

1.4.4.1 Prise en charge du patient cancéreux en médecine de ville

Il apparaît que les médecins traitants suivent de plus en plus de patients en cours de traitement pour une pathologie cancéreuse, effet logique de l’augmentation des nouveaux cas de cancer et de la prolongation de la durée de vie de ces patients. Même s’il est difficile de connaître la part exacte de patients en cours de suivi en oncologie par un médecin généraliste, on peut se référer aux demandes d’ALD pour un cancer : en 2015, 45 % des généralistes avaient fait plus de 10 demandes en ce sens sur un panel de médecins généralistes libéraux. Dans plusieurs études, on voit que le nombre de patients suivis pour un cancer déclaré est autour de 10 par médecin généraliste, avec des chiffres plus importants pour les médecins installés depuis plus longtemps.

Le médecin traitant est donc amené à prendre en charge régulièrement ces patients, son rôle de médecin de proximité en fait un acteur privilégié dans la prise en charge de la dénutrition.(48)

1.4.4.2 Le lien ville-hôpital

Au travers des différents plans cancer, la nécessité d’un lien entre les structures hospitalières et la médecine de ville s’est affirmée. Ainsi, les besoins de communication entre professionnels hospitaliers puis entre hospitaliers et médecins de ville ont mené à la création de dossiers formalisés

permettant ces échanges. Ainsi, le dossier communicant de cancérologie (DCC) a été mis en place afin de faciliter la communication et la transmission d'informations entre les différents intervenants de soin. Ce dossier contient les documents afférents à la prise en charge oncologique globale du patient, il comporte entre autres le compte rendu de la RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) et le PPS (Plan personnalisé de soin) des patients.

S'il a été initialement déployé dans les structures hospitalières, le partage de ce dossier avec les médecins de ville est maintenant un axe fort à développer. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 aborde la coordination entre médecins de ville et hospitaliers comme un enjeu majeur, au travers d'outil d'échange comme le DCC. (48–50)

Le dossier médical partagé (DMP) est un outil informatique qui peut être complété par le patient ou les personnes à qui il a donné l'accès, il sert à renseigner les informations médicales et peut être un outil d'échange avec les professionnels de santé également. (51)

1.4.4.3 Point de vue des patients et des professionnels de santé

L'étude Nutricancer 2012 est une étude multicentrique réalisée en France, ayant inclus 2209 patients en cours de suivi d'un cancer et avait pour objectif d'interroger les patients, leurs proches et leurs médecins (hospitalier) sur l'impact de la dénutrition et la qualité de prise en charge. Il est intéressant de voir que dans cette étude, la nécessité d'une prise de conscience des professionnels de santé sur la prise en charge des problèmes nutritionnels est mise en avant par les patients.

D'autre part, elle montre que les patients sont globalement en demande d'information et de prise en charge nutritionnelle, mais expriment des difficultés à en parler aux professionnels de santé.

Du côté des médecins hospitaliers, bien que 77 % répondent favorablement à l'item « prendre en charge la dénutrition des patients est une priorité pour moi », ils sont 10 % seulement à affirmer que la prise en charge nutritionnelle est optimale, et 83 % à souhaiter une formation sur la prise en charge nutritionnelle. (52)

En médecine générale, peu de données sont disponibles sur la prise en charge de la dénutrition dans la population de patients suivis pour un cancer. Nous pouvons cependant relever quelques travaux de thèses, notamment de recherches quantitatives, ayant évalué les pratiques des médecins traitants concernant le dépistage ou les méthodes de prise en charge de la dénutrition. Peu d'études qualitatives sont disponibles pour explorer les points de vue et pratiques personnels inhérents à cette prise en charge. (53–55)

2 Méthode

2.1 Choix du type d'étude

Pour explorer le thème de la prise en charge de la dénutrition chez les patients cancéreux en médecine générale, je me suis rapidement orientée vers une approche qualitative. En effet, l'idée était d'explorer les comportements et les ressentis d'expériences dans ce domaine. Je ne voulais pas seulement savoir comment les médecins faisaient en pratique et dans quelle proportion, mais pourquoi ils pratiquent de cette manière, et ce qui influence leur prise en charge. Pour cela, la recherche qualitative est tout à fait adaptée, comme méthode inductive permettant de partir de faits et de vécus particuliers pour donner un éclairage sur le thème exploré.

2.2 Échantillonnage

Contrairement à la recherche quantitative où il est nécessaire de recruter un échantillon représentatif de la population, la recherche qualitative nécessite de recruter un échantillon utile à l'étude du phénomène étudié. Le but est alors de recruter des participants reflétant une diversité d'expérience. Dans cette optique il est intéressant de réaliser un échantillonnage raisonné (c'est à dire où l'on sélectionne les critères qui ont besoin d'être testés). Le recrutement permet de sélectionner des participants ayant différentes caractéristiques pour étudier une diversité de comportement.

Ainsi, les critères d'inclusion dans l'étude étaient :

- Des médecins installés, afin qu'ils aient un minimum d'expérience et une patientèle propre.
- Exerçant en Loire Atlantique
- Ayant dans leur patientèle au moins un patient cancéreux ou ayant eu un cancer, hors population pédiatrique.

Les médecins ayant une activité mixte étaient exclus, l'idée étant d'explorer les pratiques de médecins en libéral sans que l'activité hospitalière n'influence leur pratique.

Afin de recruter ces médecins, j'ai fait appel à mes maîtres de stage universitaires afin de répondre ou de m'indiquer des connaissances pour participer à ma thèse. J'ai également recruté des médecins en demandant aux participants précédents de m'indiquer un autre candidat à la fin de mes entretiens (méthode en boule de neige). Enfin, j'ai fait appel à mon directeur de thèse afin de trouver des participants via son réseau de connaissances.

Les participants étaient contactés par SMS afin de fixer un rendez-vous pour mener l'entretien en présentiel. Le recrutement s'est arrêté lorsque la suffisance des données a été atteinte : c'est-à-dire que les nouveaux entretiens n'apportaient plus d'informations supplémentaires. Ainsi, 9 praticiens ont été interrogés.

2.3 Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par entretien semi-structuré, avec l'appui d'un guide d'entretien. Une première partie permettait de recueillir les données épidémiologiques auprès des participants : âge, durée d'installation, distance par rapport à une structure d'oncologie, formation complémentaire. Une seconde partie était une trame des grands thèmes et questions à aborder, sans être un questionnaire fermé, avec des sous-questions pour relancer le participant en cas de besoin de précisions sur certains aspects de la question. Ce guide d'entretien m'a permis de guider les interrogatoires, avec une adaptation aux différents médecins et à la conversation.

Afin d'améliorer et d'affiner les questions, il a été testé sur plusieurs internes avant de démarrer le recueil de données. Il a aussi évolué au fil des entretiens, les réponses des premiers participants permettant d'ajuster et de reformuler les questions de manière plus adaptée.

Le guide d'entretien est disponible en annexe.

Les entretiens ont eu lieu dans les cabinets des praticiens, à leur domicile, à la bibliothèque universitaire. Ils ont été réalisés du 16 septembre 2021 au 17 décembre 2021 et ont duré entre 18 minutes et 34 minutes.

Les données ont été recueillies par enregistrement audio, puis retranscrites à l'écrit sur ordinateur à l'aide du logiciel LibreOffice. Toutes les données ont été anonymisées.

Les participants ont signé un formulaire de consentement avant le début de l'entretien.

Une fois les entretiens retranscrits et anonymisés, les enregistrements et les formulaires de consentement ont été détruits.

2.4 Analyse des données

Une fois les entretiens retranscrits sous forme de verbatim, j'ai « codé » les différents passages pertinents afin d'étiqueter les données : c'est à dire, retranscrire ce que le participant a voulu dire par ses propos. Dans un second temps, j'ai transformé ces étiquettes en concept ou propriétés. Enfin, j'ai regroupé les différentes propriétés obtenues en grandes catégories qu'il a fallu articuler

pour donner un modèle explicatif rendant compte de l'ensemble des résultats de cette thèse sous forme de schéma. Pour classer ces données dans différents tableaux, je me suis aidé du logiciel Excel.

Afin d'améliorer la qualité de l'étude, l'analyse a été réalisée conjointement avec une interne de médecine générale : c'est la triangulation. Pour se faire, 7 entretiens ont également été codés par cette autre interne puis mis en commun afin de discuter des divergences d'analyse.

Pour m'aider dans la méthodologie, je me suis appuyée sur différents ateliers thèse proposés à la faculté et sur l'ouvrage « *Initiation à la recherche qualitative en santé* ». (56)

2.5 Bibliographie et recherches

Afin de m'aider dans la gestion et la collecte de mes références bibliographiques tout au long de mes recherches, j'ai utilisé l'outil Zotero. En ce qui concerne les différentes bases de données, j'ai eu recours à Pubmed, Google, Google Scholar, le Cairn, et Sudoc pour rechercher des travaux de thèse. Je me suis également aidée du service de la bibliothèque universitaire de Nantes, notamment du service de prêt entre bibliothèques pour me procurer certains ouvrages et thèses.

Particulièrement, j'ai réalisé un entretien téléphonique auprès de chargées de mission pour la SRAE nutrition (Structure Régionale d'Appui et d'Expertise) afin de recueillir des informations sur l'outil Dnut.

2.6 Réglementation et éthique

Cette recherche qualitative étant hors du champ des recherches impliquant la personne humaine, elle ne requérait pas l'avis du CPP (comité de protection des personnes).

D'autre part, concernant la protection des données, elle est conforme au formulaire MR-004 de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

L'université s'étant engagée sur la conformité à ce formulaire auprès de la CNIL, il m'a suffi de compléter un registre des traitements afin que la déléguée de la protection des données personnelles de l'université puisse l'ajouter au registre des activités de traitement de l'établissement.

3 Résultats

3.1 Population d'étude

Les caractéristiques des différents participants sont regroupées dans le tableau 1 :

	Sexe	Âge (année)	Exercice	Durée d'installation (année)	Formation complémentaire	Distance d'une structure d'oncologie (minutes)
Praticien 1	Homme	36	Semi-rural	7	DU médecine préventive de l'enfant	30
Praticien 2	Femme	38	Rural	6	DU médecine préventive de l'enfant	45
Praticien 3	Homme	38	Ville	1	Capacité gérontologie	15
Praticien 4	Femme	33	Semi-rural	3	Capacité médecine du sport et DU traumatologie	30
Praticien 5	Homme	57	Rural	25	Aucune	30
Praticien 6	Homme	55	Semi-rural	26	DU médecine préventive de l'enfant, capacité médecine du sport, DU d'initiation à l'acupuncture	40
Praticien 7	Femme	33	Rural	1	Aucune	30
Praticien 8	Homme	29	Ville	1	Aucune	20
Praticien 9	Femme	40	Ville	8	Aucune	20

Tableau 1: Caractéristiques des participants

- Âge et sexe : L'âge des participants s'étalait de 29 ans à 57 ans : trois médecins avaient en dessous de 35 ans, quatre entre 35 et 50 ans, et deux plus de 50 ans. Les entretiens ont concerné 5 hommes et 4 femmes.
- Expérience et installation : En termes d'expérience, l'étude a concerné des participants installés depuis 1 an et jusqu'à 26 ans. Quatre des participants n'avaient pas de formation complémentaire. Un seul avait une formation en gérontologie et avait exercé en service de gériatrie avant de s'installer. Les autres médecins avaient des formations dans d'autres domaines (pédiatrie, sport, acupuncture).
- Localisation : Trois des participants exerçaient en ville, trois en milieu rural et trois en milieu semi-rural. La distance par rapport au centre d'oncologie allait de 15 minutes à 45 minutes, un des médecins signalait un hôpital local pouvant prendre en charge des patients en cas de situation aiguë situé à 100 mètres du cabinet.

3.2 Analyse des résultats

3.2.1 Rôle ressenti du médecin traitant

3.2.1.1 Un rôle de premier recours

3.2.1.1.1 Pour dépister

Par leur rôle de médecin traitant, qui suit le patient régulièrement, les médecins interrogés mettaient en avant le fait d'avoir une place de choix pour dépister la dénutrition, notamment en incluant dans leur pratique quotidienne le suivi pondéral. P5 « *Le premier critère, c'est déjà de le regarder (...) ensuite c'est de le peser. Moi je pèse les patients quasiment systématiquement à toutes les consultations* ».

Au-delà des critères physiques et anthropométriques, certains médecins utilisaient le bilan biologique qu'ils pouvaient réaliser dans le suivi régulier des patients comme outil de diagnostic de dénutrition. Les autres critères de diagnostics semblaient moins intéressants en pratique et ne semblaient pas s'inscrire dans les habitudes des médecins interrogés : notamment l'évaluation de la masse ou de la fonction musculaire proposée par la HAS n'était pas une pratique retrouvée dans les différents entretiens. P5 « *y'a sûrement d'autres critères à la fois biométriques, les plis cutanés (...) comme je serais pas forcément plus à l'aise pour les interpréter bah finalement je les prescris pas* ».

Ainsi, en étant un acteur proche du patient, le rôle dans le dépistage de la dénutrition par des outils simple semblait être aisé pour les généralistes.

3.2.1.1.2 Pour aborder

Aborder le sujet de la dénutrition ne semblait pas être une difficulté pour la plupart des médecins interrogés, une fois le problème repéré. P8 « *via l'alimentation c'est facile. (...) et je pense que en fonction de leur réponse à ces questions là, ça peut être facile après derrière de leur parler de la dénutrition* ».

Être le médecin de famille permettait aussi une facilité de communication avec le patient sur des sujets qu'ils n'abordaient pas avec d'autres intervenants. P7 « *C'est drôle en fait on se rend compte du fossé de ce que les gens n'osent pas dire des fois aux spécialistes et nous disent à nous* ».

Le médecin traitant était identifié aussi par l'entourage comme une ressource accessible pour alerter en cas d'inquiétude sur leur proche. P1 « *On en a pas mal parlé avec son épouse parce qu'elle était en difficulté justement face à ça* ».

Inversement, les médecins pouvaient s'appuyer sur les proches pour sensibiliser et prendre en charge le patient. P5 « *On a parfois des enfants, quand c'est des personnes âgées, qu'on peut sensibiliser* ».

3.2.1.1.3 Pour prendre en charge

La connaissance des différents moyens de prise en charge, que ce soit par les règles hygiéno-diététiques ou la mise en place de compléments nutritionnels oraux par exemple, semblait être intégrée à la prise en charge des médecins. P9 « *je demande d'abord d'enrichir l'alimentation, euh... Plutôt en rajoutant de la crème, du fromage... après on rajoute des compléments alimentaires aux patients qui aiment bien déjà* ».

La lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique étaient citées également. P4 « *ça va être plus à nous de l'amener, d'en parler un peu, de dire « est ce que vous avez marché » et tout ça* ».

Les médecins interrogés avaient conscience de l'approche multidimensionnelle de cette pathologie et la prise en charge globale était plusieurs fois soulignée : l'impact d'obstacles à la bonne prise alimentaire comme des troubles de la déglutition, mais aussi la relation avec l'état psychique du patient ou les effets indésirables des traitements par exemple. P1 « *Parce que du coup, du fait de ses AVC il a des troubles de la parole et de la déglutition. Du coup il est en alimentation classique mais il devrait manger mixé en fait.* »

Une certaine aisance dans ce rôle d'intervenant primaire se ressentait au fil des différents entretiens, que ce soit pour la prévention ou l'intervention comme la gestion des effets indésirables des chimiothérapies. P9 « *j'adresse plus chez le nutritionniste quand j'ai un problème d'obésité (...) je suis moins à l'aise en régime amaigrissant qu'en régime grossissant* ».

3.2.1.2 Un rôle d'accompagnateur

Du fait de cette position de proximité pour dépister et prendre en charge, les médecins mettaient en avant leur mission d'accompagnement durant la prise en charge.

3.2.1.2.1 Éduquer

Auprès des patients dénutris, les médecins interrogés prenaient facilement un rôle d'éducation, pour expliquer le recours aux CNO, les règles hygiéno-diététiques, l'importance de l'activité physique.

P5 « faut les sensibiliser pour qu'ils soient acteurs du truc. Essayer d'enrichir leur repas : t'as des trucs comme mettre un jaune d'œuf, mettre du fromage râpé (...) des conseils dans ce style là ».

D'autre part, des relations d'opposition au soin ou de manque d'observance de la part des patients menaient parfois les médecins à devoir insister et convaincre le patient des bénéfices du traitement.

P6 « je vais devoir argumenter pour lui expliquer qu'il y a une dénutrition et qu'il va falloir qu'il prenne des compléments alimentaires. »

Dans une démarche de soin centrée sur le patient, les praticiens prenaient en compte les difficultés et demandes de celui-ci. *P8 « de savoir à la fois comment il s'alimente pour essayer de favoriser les choses qui lui plaisent ».*

3.2.1.2.2 Être présent

Présents dès le début du parcours de soin des patients cancéreux, les généralistes témoignaient d'une vigilance accrue sur les risques de dénutrition. *P9 « pour les patients cancéreux bah je sais que... c'est le risque. ».*

Leur rôle de prévention et d'anticipation vis-à-vis de la dénutrition semblait évident à leurs yeux.

P3 « lorsqu'on fait une découverte de cancer, où là, du coup, assez rapidement, moi je commence à préparer ce terrain-là ».

3.2.1.2.3 Coordonner

Dès le début puis dans la suite de la prise en charge, leur rôle de coordination et d'accompagnement dans la lutte contre le cancer était également mis en avant. *P9 « Nous on est là pour être coordinateurs de soins. Et puis, de faire le suivi quand même un peu somatique et psychologique ».*

3.2.2 Approche de la dénutrition

3.2.2.1 Reconnaître la pathologie

3.2.2.1.1 Au bon moment

Nous avons relevé, dans les entretiens, que certains médecins déclaraient s'alerter tard dans la prise en charge face à une dénutrition, alors que le patient avait un retentissement clinique déjà important. La dénutrition, pathologie peu visible initialement, pour le patient comme le praticien, était mise de côté dans un premier temps. *P1 « Souvent quand même ils s'en plaignent pas ou peu et c'est nous qui recherchons euh, quand on y pense hein, souvent dans des cas particuliers par rapport au poids, par rapport à la fatigue ou par rapport au fait qu'ils mangent moins tout simplement ».*

Certains médecins en revanche anticipaient la dénutrition surtout dans des situations à risque comme le cancer, notamment un des praticiens formé en gériatrie. *P3 « comme je suis assez sensibilisé à cette problématique-là, j'amène souvent la question avant qu'il y ait le moindre souci ».*

Nous notons aussi qu'en fin de prise en charge oncologique, les praticiens pouvaient « oublier » le problème nutritionnel. *P8 « Tu parles des situations de surveillance par exemple : ça peut durer plusieurs années, parfois plusieurs mois (...) c'est pas évident que la personne et le médecin et les soignants restent un peu attentifs à ça ».*

3.2.2.1.2 Chez tous les patients

Nous pouvons aussi noter que les médecins ne reconnaissaient pas la pathologie aussi facilement chez tous les patients. Ils semblaient plus vigilants chez les personnes âgées. En revanche, les personnes obèses et les personnes avec peu de comorbidités étaient moins dépistées.

P8 « C'est à dire être attentif à des débuts de dénutrition qui peuvent des fois passer inaperçus chez des patients qui sont... avec un bon état général, ou des patients vigoureux auxquels on pense pas forcément, mais moi le premier, qu'ils peuvent être dénutris ». P7 « Enfin c'est bête ce que je dis, un obèse peut être dénutri aussi. »

Les patients en début de prise en charge considérés comme actifs et autonomes étaient moins envisagés comme des patients potentiellement dénutris. P1 « *les patients qui sont dans une prise en charge active et qui vont plutôt bien, tant qu'il n'y a pas de soucis, on n'en parle pas beaucoup en fait.* »

Parfois, certaines comorbidités ou le contexte social empêchaient le diagnostic et la prise en charge. P4 « *j'avais essayé de creuser avec lui mais je pense qu'il...Déjà il minimisait sa consommation d'alcool. Du coup déjà je pense que du fait de sa consommation d'alcool, bah il mangeait moins* ».

3.2.2.2 Place accordée à la dénutrition

3.2.2.2.1 Une pathologie à part entière

La dénutrition était considérée par les médecins comme un symptôme d'une pathologie et ils n'accordaient pas une place dédiée à l'abord de la dénutrition dans leur consultation. P2 « *Ouais vous voulez dire, ouais les troubles digestifs, etc... C'est vrai que je fais pas forcément le lien après avec, euh, une prise en charge nutritionnelle particulière*».

Ainsi, certains médecins déclaraient privilégier la recherche de la pathologie causale dans un premier temps. P9 « *déjà, je fais pas de prise en charge au départ, j'essaie de voir pourquoi est-ce qu'il perd du poids* ».

D'autre part, chez des patients en cours de prise en charge de cancer, les praticiens avaient tendance à banaliser la perte de poids. P7 « *Autant j'ai l'impression que c'est un peu accepté que si on perd du poids, même des fois c'est limite « pas grave j'en avais besoin et puis on verra plus tard » (... même moi en fait je me dis... c'est un peu admis et normal* ».

3.2.2.2.2 Importance dans la prise en charge

La dénutrition était considérée comme une problématique de second plan chez le patient cancéreux, les médecins priorisant la prise en charge oncologique. P1 « *C'est à dire qu'on travaille plus sur la maladie, l'acceptation, le suivi, les examens et c'est vrai qu'on y vient peut-être un peu tard à ça, l'approche de son bien-être et autre.*»

Plusieurs médecins mettaient en avant leur manque d'intérêt pour la prise en charge nutritionnelle. P5 « *c'est pas forcément un sujet qui m'intéresse beaucoup (rire).*»

Cependant, ils notaient à quel point ils considéraient la nutrition importante malgré ces considérations. P4 « *c'est pas forcément quelque chose auquel je porte une énorme attention. Même si c'est important.* »

D'autre part, les médecins ne se sentaient pas toujours concernés par la prise en charge et adoptaient une attitude passive face aux patients. P1 « *Mais sinon j'aborde pas forcément la question du sport ou de l'activité physique, ou comme d'ailleurs de l'alimentation positive, des choses de mieux manger par rapport à la maladie.*»

3.2.2.3 Appréhender la pathologie

3.2.2.3.1 Complexité

Les médecins interrogés voyaient la dénutrition en oncologie comme une pathologie complexe du fait de l'intrication entre plusieurs facteurs ; que ce soit les difficultés de déglutition, l'anorexie induite par la pathologie cancéreuse ou les effets secondaires des chimiothérapies... Le fait qu'elle pouvait être plus complexe à prendre en charge que la dénutrition chez les personnes âgées par exemple semblait mettre les praticiens plus en difficulté. P3 « *c'est un peu différent des patients qui ont de la dénutrition en gériatrie ou, psychologique hein (...) des cancers plus euh digestifs, qui là peuvent avoir des problématiques spécifiques* ».

L'évolution constante de la discipline, les nouvelles thérapeutiques et les protocoles changeants rendaient aussi la prise en charge moins accessible. P7 « *il y a tellement de chimiothérapie avec tellement d'effets indésirables, qu'on peut pas tous les connaître.* »

La prise en charge plus technique comme la mise en place de la nutrition entérale à domicile a été évoquée par deux médecins. L'un d'eux semblait à l'aise dans le processus de mise en place d'une gastrostomie. Pour l'autre, elle était jugée complexe et le médecin s'en remettait au prestataire à domicile pour prendre en charge la nutrition en ville. P6 « *Par exemple, comment dire, des gastrostomies et tout ça ; ça c'est plus trop le rayon du médecin généraliste.* »

3.2.2.3.2 Connaissance

Malgré leurs connaissances de la pathologie et de sa prise en charge, comme nous l'avons vu plus haut, les médecins appréhendaient ce parcours de soin comme difficile, du fait de lacunes dans certains domaines. P5 « *c'est pas un sujet sur lequel je me sens particulièrement brillant* ».

Des difficultés notamment face au questionnement des patients sur des régimes particuliers ou des médecines parallèles étaient notées.

P9 « apparemment y'a certaines chimios qui seraient mieux supportées quand il y a des jeûnes qui sont faits avant. Mais j'y connais rien donc je peux pas... Je dirais pas ça. (...) Y'a pas mal de patients, en plus de la pris en charge onco/généralistes, qui vont voir des naturopathes qui leur conseillent pleins de trucs (...) Je dis que j'y connais rien, parce que c'est vrai (rires). »

3.2.2.3.3 Ressenti

Face à cette pathologie complexe pour laquelle les médecins n'avaient pas toujours les outils de prise en charge, certains pouvaient évoquer un sentiment d'incompétence. *P2 « Je pense que je suis pas très bonne en nutrition (...) ça va être oui des conseils bêtes ».*

Le sentiment d'impuissance dans certaines situations était aussi évoqué. *P7 « c'est vrai qu'on est un petit peu limités quoi, les bains de bouche elle me disait « ça fait plus rien, j'ai mal », qu'est ce que je peux faire ? ».*

La pathologie renvoyait aussi les médecins à une inquiétude face à la crainte d'évolution de la maladie cancéreuse. *P6 « Le fait de maintenir le poids ou éventuellement de prendre un peu de poids, déjà le médecin il est content (...) Mais la perte de poids interroge le patient comme le médecin. Et en effet, pour nous c'est un signe de gravité ou de non-amélioration de son état de santé ».*

3.2.3 Le patient face à la dénutrition : regard du médecin

3.2.3.1 Importance de la nutrition pour les patients

Plusieurs médecins mettaient en avant le fait que la dénutrition ne semblait pas être une priorité des patients, que parler de la perte de poids ou de l'activité physique n'était pas au premier plan pour eux. P4 « *Je pense pas qu'ils m'aient questionné (sur le sport) (...) en aigu, c'est pas dans leur priorité de poser ces questions-là.* »

D'autre part, cela semblait être un sujet dont ils s'inquiétaient tard, après la phase active de traitement ou en cas de dénutrition importante. P5 « *quand ils ont perdu énormément de poids, là ça finit par les inquiéter. Mais sinon s'ils ont pas de perte de poids... Si y'a pas de fatigabilité notable ou autre, c'est pas forcément...non, non...* ».

La banalisation de la perte de poids et des effets secondaires des chimiothérapies, et donc là encore une idée que la dénutrition est peu importante à leurs yeux était retrouvée. P4 « *je pense qu'ils trouvent ça normal d'avoir des nausées sous chimio* ».

Au-delà de cette idée, un des médecins amenait la notion que les patients ne voulaient pas être considérés comme des patients porteurs de cancer et dénutris, et que cela pouvait l'amener à ne pas dépister la dénutrition. P2 « *Quand on les voit en fait peut être qu'ils vont parler d'autre chose que de leur cancer parce que, bah parce que voilà nous on est plus le médecin traitant qui s'occupe des petits trucs et que des fois y'a des gens aussi qui sont, enfin voilà qui ont envie de parler d'autre chose que de leur cancer (...)* Oui peut être que ça c'est un frein, le fait que finalement ils ont envie d'être des patients comme les autres. »

3.2.3.2 Autonomie et capacité des patients

Certains praticiens laissaient la main à leur patient, dans l'idée que ceux-ci étaient compétents et assez autonomes pour assurer leur prise en charge nutritionnelle ou tout au moins à l'aborder en consultation si nécessaire. On relevait aussi l'idée que ces patients, plutôt jeunes et sans comorbidités, avaient plus de capacité de gestion de la pathologie. P8 « *Je vois difficilement comment je peux faire de la prévention de la dénutrition chez des patients qui sont en bon état général et qui sont a priori pas à risque en dehors de leur pathologie et des traitements (...)* Je me vois mal lui dire « *bah attention vous êtes à risques d'être dénutris* » (...) *je vois difficilement ce que je pourrais lui dire qu'il ne sache déjà* ».

De même pour la prise en charge, comme pour l'activité physique, plusieurs praticiens ne faisaient pas de prévention particulière. P9 « *Après je vais pas les restreindre... Enfin ça je sais pas trop... Tant qu'ils peuvent il faut qu'ils en fassent quoi pour moi.* »

Si certains médecins voyaient les patients comme autonomes et actifs, d'autres voyaient leurs patients comme fragiles physiquement. Plusieurs médecins évitaient d'envisager une activité physique et se concentraient plutôt sur la lutte contre la sédentarité. P5 « *En oncologie, je dirais plutôt qu'ils te disent ce qu'ils n'arrivent plus à faire (rire), et ce qu'ils arrivent encore à faire.* »

Pour d'autres, aborder en amont la perte de poids et la prise en charge nutritionnelle comme l'introduction de compléments nutritionnels ou l'activité physique était une priorité pour laisser le patient parler du sujet si besoin et l'accompagner. P7 « *C'est moi qui lui ai dit « vous avez perdu du poids » il me dit « oui, il fallait que je vous dise, ça passe pas » (...) il était content qu'on se voit, parce qu'il voulait en parler.* »

3.2.3.3 Regard sur leur ressenti

3.2.3.3.1 Ressenti face à la pathologie

Pour les médecins, les patients ressentaient beaucoup d'inquiétude face à la dénutrition au cours du cancer. Cette détresse pouvait être partagée aussi par l'entourage avec une vision d'échec face à la maladie. P9 « *ils se disent qu'ils vont jamais guérir si ils perdent du poids (...) Moi je me souviens (lorsque j'étais dans un certain lieu) dès qu'il y avait un patient anorexique... où la famille (...) y'a la famille qui le gavait. Parce que c'est la grosse anxiété de pas pouvoir manger, c'est pire que d'avoir des métastases presque* ».

3.2.3.3.2 Ressenti face au parcours de soin

On note aussi que les médecins voyaient le parcours de soins comme complexe et la dénutrition comme une charge supplémentaire qu'ils imposeraient à leur patient en en parlant.

P5 « *c'est des patients qui ont déjà tellement de choses à gérer. Entre les examens complémentaires, les TEP, les scans, les trucs, les consultations spé : cardio pour la chimio... Ils sont quand même très très très occupés. (...) Donc euh... C'est pas forcément, enfin...C'est pas forcément simple de les envoyer en plus faire ça.* »

3.2.3.3.3 Conséquences sur la prise en charge

De la projection de patients vulnérables face à une pathologie anxigène et déjà surchargés de contraintes, il se dégageait un sentiment de devoir protéger les patients. Le fait de parler de la dénutrition pouvait faire naître un sentiment de culpabilité pour les médecins, porteurs de mauvaise nouvelle et de contraintes supplémentaires.

P4 : « je pense que c'est intéressant : est-ce que c'est leur rajouter un peu un poids, leur rajouter des bios, leur rajouter bah des questionnements là-dessus et potentiellement les inquiéter en parlant dénutrition et qu'ils se disent « bah oui, il y a ça en plus ». Ça pourrait être un frein ouais, ça pourrait être... De se dire, bah je rajoute un truc un peu dur à tout le reste qui est déjà dur. »

Certains des médecins, face à cette envie de protéger les patients, temporisait la prise en charge.

P3 « Si le patient est déjà surchargé dans son programme de soin, je peux être amené à remettre à plus tard la discussion le temps que ça se tasse ».

D'autres parlaient d'emblée de la dénutrition afin d'aller au-devant des inquiétudes et d'instaurer un espace de dialogue. *P6 « C'est pour ça moi j'ai pas de soucis avec le fait de parler de l'alimentation parce que la perte de poids c'est quand même un signe de gravité pour eux. Et donc, on va au-devant des questions... ».*

3.2.4 Le parcours de soin

3.2.4.1 Changer de statut

3.2.4.1.1 Suivi des patients

Les médecins interrogés indiquaient que les patients suivis en oncologie étaient souvent perdus de vue, la quasi-totalité de leur prise en charge étant gérée par l'oncologue durant la phase active des traitements, notamment chez les patients jeunes sans autre comorbidité. *P1 « en fait on les voit beaucoup au moment du diagnostic et une fois qu'on les a un peu lancés dans le suivi onco (...) ils ont tendance à avoir tout leur suivi et leurs examens et on ne les voit plus ou pas. »*

On note l'idée d'une inversion des rôles pendant cette période de prise en charge active.

P4 « pour moi limite son médecin généraliste c'est devenu l'oncologue quoi ».

Dans un second temps, en phase de surveillance, les médecins observaient une reprise du suivi progressive. P7 « *après quand ils sont dans le suivi, ils reviennent un peu à nous* ».

Certains médecins ne déclaraient pas cette rupture, avec toujours des contacts réguliers et un rôle d'accompagnement, notamment les deux médecins installés depuis plus de 20 ans qui avaient peut-être développé des liens plus ancrés auprès de leur patient ; et un médecin installé à proximité du centre d'oncologie. P9 « *ils ont vachement besoin d'être accompagnés par leur médecin traitant (...) même s'ils sont pris en charge en onco, c'est important de les voir souvent les patients.* »

3.2.4.1.2 Ressenti des médecins

On peut mettre en avant un sentiment de déception du fait de cette perte de place de médecin traitant proche du patient, notamment après avoir initié le suivi. P3 « *Je me dis que en théorie je devrais avoir une place prépondérante dans le suivi... La quotidienneté du suivi du patient cancéro, vu que je suis sur place.* » P4 « *on se fait un peu...éjecté de la prise en charge* ».

D'autres médecins se trouvaient déstabilisés face à ce parcours de soin morcelé, avec une idée parfois énoncée de ne plus connaître les patients. P4 « *des fois en fin de prise en charge quand ça s'espace en onco, qu'on les revoit (...) Euh, on se sent un peu déstabilisé dans ces moments-là (...) Dire bah ok maintenant qu'est-ce que je dois faire, qu'est-ce que je dois surveiller, que ce soit sur le plan de la nutrition ou du reste* » .

Malgré cela, un sentiment de satisfaction était mis en avant face à une prise en charge oncologique efficace et complète. P7 « *Et c'est bien d'ailleurs, je pense que les gens ils disent (...) Ils sont déjà bien soutenus donc ils cherchent pas forcément le soutien de leur médecin (traitant) à ce moment-là* ».

3.2.4.1.3 Postures

Certains médecins se positionnaient plutôt en se mettant en retrait et en déléguant toute la prise en charge aux oncologues, notamment la prise en charge nutritionnelle. P4 « *Et je pense que on, enfin moi en tous cas, je sépare un peu les prises en charge et je me dis bah, tout ce qui relève de l'onco, vu qu'elle a un suivi, bah c'est fait.* »

Une idée également que le suivi centralisé pouvait être plus pratique pour les patients était mise en avant. P5 « *si y'a des consultations dédiées dans des structures d'oncologie, prises en charge parce que c'est dans la structure et si ça peut être coordonné à une des consultations de suivi classique, c'est vachement plus simple hein.* »

Nous notons qu'en fin de prise en charge, les médecins revenaient prendre leur rôle de suivi. P9 « *quand ils sont un peu « lâchés » par l'onco, que leur vie est censée redevenir normale et qu'en fait elle redevient pas normale. Et c'est là qu'on est très présents au niveau psy (...) Et sur le plan nutritionnel euh».*

Un des médecins se positionnait comme le médecin « non-oncologue », permettant à son patient de ne pas être un « patient cancéreux » et d'avoir un espace en dehors de la pathologie.

P2 « *des fois y'a des gens aussi qui sont, enfin voilà qui ont envie de parler d'autre chose que de leur cancer. (...) finalement, ils ont envie d'être des patients comme les autres. »*

Enfin, d'autres médecins notaient qu'ils préféraient rester présents dans le suivi tout au long du parcours de soin. P6 « *Plutôt dans la motivation, dans surveiller le poids, surveiller l'albuminémie, voilà. Éventuellement, voir comment ça se passe et comment les compléments alimentaires sont tolérés. »*

3.2.4.1.4 Ne pas connaître le parcours de soin nutritionnel en oncologie

Avec cette rupture dans le suivi, beaucoup de médecins faisaient part d'une méconnaissance du suivi nutritionnel des patients cancéreux. Certains pouvaient penser que le suivi nutritionnel était systématiquement effectué au sein du parcours oncologique, par les oncologues ou les diététiciennes. P2 « *Je me dis ils sont bien pris en charge et du coup je creuse pas trop ces questions là en fait.»*

Le fait que l'oncologue ne gérait pas forcément cet aspect, sans identifier de personne ressource en nutrition, était évoqué. P5 « *parce que l'oncologue, il fait son boulot d'oncologue, il est pas non plus nutritionniste hein, (...) il a sa partie oncologique à gérer, alors ça en fait peut être partie, mais il a sans doute un gros morceau d'oncologie pure et dure à gérer.»*

Un des médecins avait l'impression que c'était à lui de gérer la prise en charge nutritionnelle, mais toujours sans certitude. P6 « *J'ai l'impression que les oncologues laissent ça plutôt aux médecins généralistes. (...) Est-ce que eux prennent en charge ça de façon spécifique, j'ai pas de retour ».*

On voyait globalement un manque de connaissance du réseau avec une absence de certitude sur la personne prenant en charge l'aspect nutritionnel.

3.2.4.2 Travailler en réseau

3.2.4.2.1 Des réseaux de proximité

On pouvait remarquer que les différents médecins s'entouraient, pour gérer la dénutrition en oncologie, de multiples intervenants : pharmaciens, infirmière ASALÉE, équipe mobile de la douleur, kinésithérapeute, diététicienne, HAD, prestataires à domicile pour la nutrition artificielle. Cela tenait au fait que l'intervenant soit un intervenant connu du praticien, avec qui il travaillait fréquemment et donc de confiance et accessible. Il est intéressant de noter qu'il n'y avait donc pas un seul intervenant identifié pour cette prise en charge. *P1 « l'HAD c'est encore vraiment plus pratique (...). Le médecin qui gère l'HAD [sur le territoire] je la connais bien. »*

Un des médecins, qui exerçait en ville proche de l'hôpital, identifiait l'hôpital comme seul intervenant de proximité.

Les médecins mettaient en avant l'importance des intervenants de proximités pour dépister la dénutrition, du fait du lien des intervenants avec le patient et avec eux-mêmes. *P2 « les intervenants de proximité au domicile ont une place plus finalement plus clé que moi qui vais voir un patient un quart d'heure vingt minutes en consult' ».*

En revanche, nous avons remarqué là aussi un manque de connaissance du réseau de ville, que ce soit concernant l'offre d'activité physique adaptée ou les aides à domicile comme le portage des repas, le mode de remboursement des différents intervenants... Ces modalités de prise en charge pouvaient être obscures pour les généralistes. *P7 « Est ce que déjà dans les organismes qui fournissent les repas est ce qu'ils ont des plats adaptés, j'en sais rien, aux personnes en cours de traitement de cancer. »*

3.2.4.2.2 Le lien ville-hôpital

On peut remarquer que globalement les médecins étaient satisfaits des échanges avec les oncologues, avec un lien de confiance. *P5 « je trouve que la communication fonctionne très bien (...) les quelques fois où j'ai besoin d'appeler parce que j'ai des patients pour qui je sens que c'est critique, bah avec les intervenants que j'ai ça s'est toujours bien passé. »*

Certains praticiens regrettaient tout de même des expériences décevantes et des difficultés de communication.

Les médecins s'appuyaient facilement sur l'avis de l'oncologue en cas de difficulté, en se sentant plus en confiance. D'autres se sentaient plus à l'aise et n'appelaient l'oncologue qu'en cas de difficultés. P9 « *j'appelle l'onco, quand il y a vraiment des troubles, des troubles digestifs dus à la chimio immuno quoi* ».

Par contre, la plupart des médecins relevaient le peu d'échanges sur le plan nutritionnel. Particulièrement, le manque d'échange au moment de la reprise de suivi en libéral était regretté.

P8 « *C'est à dire de temps en temps des petits scores ou un mot sur l'état nutritionnel du patient, qui sont dans le courrier. Mais, pas plus que ça quoi.* »

3.2.5 Les besoins identifiés

3.2.5.1 Formation

Les généralistes interrogés remarquaient que la plupart de leurs connaissances en nutrition reposaient sur la reproduction de prise en charge qu'ils avaient déjà vu faire, sans forcément avoir eu de formation théorique. P4 « *Moi je pense que les notions que j'ai sur la dénutrition c'est des choses que j'ai apprises pendant l'externat et pendant l'internat, en gériatrie surtout, en médecine po'. Je suis pas vraiment passée en onco donc euh voilà. Et en fait c'est un peu des vieilles notions donc euh ...* ». Une des praticiennes déclarait que ses prescriptions de CNO étaient probablement liées au fait qu'elle avait été démarchée par un commercial pour une marque particulière.

Aussi, plusieurs médecins regrettaient un manque de base théorique et de formation continue sur le thème de la dénutrition et notamment auprès des patients cancéreux. Certains étaient en demande de formation sur la prise en charge globale, sur la prescription des CNO, et sur les règles hygiéno-diététiques.

Il était noté spécifiquement un manque de connaissances sur les régimes particuliers comme le jeûne, ou sur les médecines parallèles. Ainsi les médecins pouvaient être déstabilisés et déçus de ne pas pouvoir accompagner la démarche des patients lorsqu'ils se tournaient vers d'autres manières de se soigner, qui pouvaient parfois être délétères pour eux.

P7 « *ils vont chercher des informations, des fois un peu aussi, je critique pas du tout, sur des médecines parallèles. (...) Y'a des choses qui me paraissent vraiment aberrantes mais je critique pas parce que je sais pas. Mais je me dis que eux vont par désespoir faire des choses qui vraiment*

paraissent inadaptées. Et du coup de pouvoir être plus à même de critiquer en disant non vous pouvez essayer ça, ça, ça. De pouvoir leur proposer des choses ça me paraît hyper important. »

Un mode de formation simple et pragmatique semblait avoir la préférence des généralistes interrogés, pour pouvoir se sentir à l'aise dans ces situations d'autant plus qu'ils notaient la difficulté de se former en oncologie, qui évolue constamment. P5 « *Remarque ça pourrait être l'objet d'une formation de groupe qualité. Il faudrait un truc qui soit simple, j'ai pas l'intention de devenir nutritionniste. »*

3.2.5.2 Le réseau

Les médecins interrogés sollicitaient un réseau de proximité en nutrition afin de pouvoir prendre en charge de manière globale les patients. P1 « *Voilà et puis après des recours avec des soins de proximité, peut-être plus accessible que l'oncologue qui est à Nantes par exemple. Ou des nutritionnistes qui travaillent en réseau qui peuvent passer à domicile. Des choses qui existent peu pour l'instant. »*

Le manque de prise en charge notamment pour les diététiciennes était là aussi un frein au développement du réseau libéral en ville pour les patients dénutris suivi en oncologie, ainsi que le manque de connaissance sur les possibilités offertes aux patients. P8 « *Nous en médecine de ville on travaille beaucoup avec les professionnels libéraux qui sont autour de nous et donc si ces consultations elles étaient prises en charge, ça serait une aide. Après je dis une bêtise si ça se trouve il y a déjà des situations, genre si ils sont en ALD pour certains trucs, où c'est pris en charge, je sais pas trop.»*

Un des médecins regrettait particulièrement le manque d'enseignant en activité physique adaptée dans son réseau d'intervenants de proximité. P6 « *Mais je dirais que là on est en difficulté parce que nous on a, sur [la région], on a personne qui fait ça. Au sein peut être de la CPTS, peut être qu'ils veulent essayer de mettre en place éventuellement... pour éventuellement avoir un éducateur sportif qui soit habilité à prendre en charge ces gens-là en leur faisant faire de la marche nordique, des trucs comme ça en soin de support de la maladie qu'ils ont. Mais c'est pas encore fait. »*

Au-delà du besoin d'intervenants de proximité, les généralistes pouvaient mettre en avant, au niveau du réseau ville-hôpital, un manque d'identification des personnes ressources pour la gestion des problèmes nutritionnels des patients suivis en oncologie. De là, un besoin d'interlocuteur spécifique pour cette prise en charge était souligné. Aussi, la possibilité de mettre en place des consultations dédiées à la nutrition dans le parcours de soin a été soulevée. Par exemple, un des médecins interrogés proposait qu'un ou une diététicienne de la structure d'oncologie soit la personne référente. P5 « y'a peut-être un truc tout simple à faire, c'est d'intégrer dans le parcours une consultation systématique dédiée à la nutrition par une diététicienne de la structure. (...) On pourrait refaire un bilan au bout de 6 mois avec la même personne, et puis elle saura sans doute beaucoup mieux ajuster les conseils. Et puis nous renseigner nous. »

Il est intéressant de voir que les réseaux existants n'étaient pas identifiés comme des ressources (SRAE nutrition, oncodiet, proxyligue).

3.2.5.3 Communication

3.2.5.3.1 Avec les oncologues

Les médecins étaient globalement satisfaits des échanges avec les oncologues, cependant ils regrettaient un manque d'information sur la nutrition et plusieurs besoins dans les échanges étaient mis en avant :

- D'une part, un besoin d'information sur les risques des différents traitements reçus par les patients. P1 « Ils pourraient en tous cas eux, notamment dans des traitements lourds ou des chimios qui sont à risque de créer une altération de l'état général, des troubles digestifs ou autre, nous alerter peut être un peu plus facilement. »
- D'autre part, des recommandations de prise en charge étaient fortement sollicitées pour la gestion d'une perte de poids ou la gestion des effets indésirables notamment, sous forme d'information dans les écrits ou de documents accessibles en ligne par exemple.

P7 « on parle à chaque fois de sa perte de poids, mais je trouve qu'on fait... Ouais on propose pas de solution derrière quoi. (...) Pour la même chose le poids qui est suivi, je trouve qu'on propose pas de conduite à tenir derrière. »

Enfin, une envie d'être intégré à la prise en charge et sollicité était mise en avant. Ainsi, la mise en place d'échanges pour pouvoir être un relais libéral efficace était nommée. P4 « *C'est vrai que ça pourrait être intéressant bah, si ... En tous cas aussi si ils veulent qu'on participe quoi. De mettre je sais pas des scores ou des critères, de dire bah on a mis tel ou tel produit, vous serez peut être amené à réévaluer avec le patient. Ils peuvent aussi utiliser le libéral là-dessus, nous y'a pas de problème.* »

Dans cette optique, le relais avec la médecine de ville avait besoin d'être plus formalisé avec des repères pour le suivi lorsque le patient était moins suivi régulièrement en oncologie et revenait plus souvent consulter son généraliste. P4 « *peut être juste une sorte de synthèse de fin de prise en charge de la part des oncos, en disant bah les critères de surveillance un petit peu, les choses auxquelles nous on doit faire attention.*»

3.2.5.3.2 Avec les patients

Dans la communication avec les patients, un besoin de temps dédié pour parler de la nutrition était sollicité. P5 « *parce qu'on fait de la médecine qui est beaucoup trop somatique par manque de temps pour faire mieux* ».

En effet, il existe une difficulté pour aborder la dénutrition, comme mis en évidence auparavant : le fait que la dénutrition passe au second plan ou que le sujet pouvait être difficile à aborder parmi les autres préoccupations du patient. Ainsi, l'instauration d'un espace de dialogue dédié au travers d'une consultation spécifique était une idée qui était évoquée par les praticiens, que ce soit auprès du médecin traitant ou auprès de la structure d'oncologie (par l'oncologue ou par le service diététique). P4 « *Du coup, si vraiment le patient il est au fond du gouffre, je pense qu'on est d'abord un peu dans le soutien, et puis après quitte à se revoir pour parler de ça.* »

La rupture dans le suivi du patient était aussi un obstacle à la communication avec les patients, la possibilité de proposer aux patients une prise en charge de ville complémentaire de celle de l'oncologue était soulevée. P3 « *Et aussi que les différents intervenants autres pensent à signaler aux patients qui faut qu'ils viennent vers nous.* »

4 Discussion

4.1 Résultats principaux

Au total, nous avons vu que les médecins généralistes se voyaient comme des acteurs centraux de la prise en charge de la dénutrition des patients suivis en oncologie. Du fait de leurs connaissances et de la proximité avec le patient et l'entourage ; leur rôle de premier recours dans le dépistage, pour aborder la pathologie et dans le suivi leur semblait naturel. De même, l'accompagnement des patients et de leurs proches dès la dénutrition ou le risque de dénutrition repéré s'imposait au travers de leur rôle d'éducation et de coordination.

Nous avons vu que malgré ce rôle affirmé, la dénutrition est une pathologie difficile à reconnaître précocement, car peu visible et moins reconnue dans certaines populations de patients.

En s'inscrivant dans une prise en charge oncologique globale, elle passe au second plan face à la prise en charge du cancer lui-même et n'est pas toujours individualisée comme une pathologie à part entière. Nous avons pu mettre en évidence également un sentiment de découragement face à une pathologie complexe, pour laquelle les médecins manquaient de connaissances spécifiques, avec parfois un sentiment d'incompétence ressentie. Mise à part l'évolution pondérale, l'utilisation des critères de diagnostics de la dénutrition, notamment la sarcopénie, était peu ou pas évoquée. En particulier, le sujet de jeûne thérapeutique ou de thérapies non conventionnelles de la prise en charge du cancer pouvait mettre les praticiens en difficulté. Ainsi, ces sujets n'étaient pas abordés en consultation : en absence d'information, les patients risquaient de se tourner vers des personnes non compétentes ou mal intentionnées.

Enfin, la dénutrition pouvait être ressentie comme une pathologie inquiétante pour le médecin, marqueur de mauvais pronostic et porteuse d'un sentiment d'impuissance face à une pathologie ressentie comme inévitable chez ces patients.

Pour améliorer cette vision de la dénutrition, la sensibilisation des médecins au travers de formations et la création d'un espace de dialogue avec le patient autour de cette thématique, avec par exemple une consultation dédiée à la dénutrition, ont été suggérées par les participants.

Nous avons aussi mis en évidence le fait que les médecins voyaient les patients en oncologie comme une population à part entière et avaient des a priori sur le ressenti des patients sur la nutrition. Ainsi, pour certains médecins les patients d'oncologie accordaient peu d'importance à la dénutrition, la faisant passer au second plan, celle-ci étant banalisée, voire écartée. Le patient pouvait aussi être vu comme assez autonome pour prendre en charge ce problème, ou du moins en alerter le médecin. Ainsi, le patient était laissé en autonomie quant à la gestion de la dénutrition.

Pour d'autres, le patient cancéreux pouvait être un patient fragile physiquement, pour lequel l'annonce de la dénutrition serait une inquiétude supplémentaire et surchargerait son parcours de soin. Les praticiens ayant cette vision des patients adoptaient une attitude protectrice envers le patient, en évitant parfois d'amener une source d'inquiétude supplémentaire en parlant de dénutrition.

Les questions autour de la sarcopénie, la lutte contre la sédentarité et l'importance de l'activité physique adaptée n'étaient pas mises en avant par la plupart des médecins. Certains ne l'identifiaient pas comme une partie de la prise en charge nutritionnelle, d'autres la mettaient de côté devant cette vision de fragilité des patients.

Le fait d'aborder la question de la dénutrition avec les patients était une solution proposée par un des médecins. Cela permettrait d'éviter que les médecins ne projettent ces représentations sur les patients, en permettant à ces derniers d'exprimer leurs priorités et leurs souhaits quant au suivi de l'aspect nutritionnel.

Concernant le parcours de soin, les intervenants de proximité étaient différents d'un médecin à l'autre, les médecins s'entourant des intervenants de confiance connus. Un manque de connaissance sur le réseau libéral en nutrition, mais aussi un manque de ressources en libéral et de remboursement étaient regrettés. La communication avec ces intervenants ou avec l'hôpital semblait globalement satisfaisante, bien qu'un manque d'information sur le plan nutritionnel notamment lors du relais hôpital-ville était noté comme un axe à améliorer.

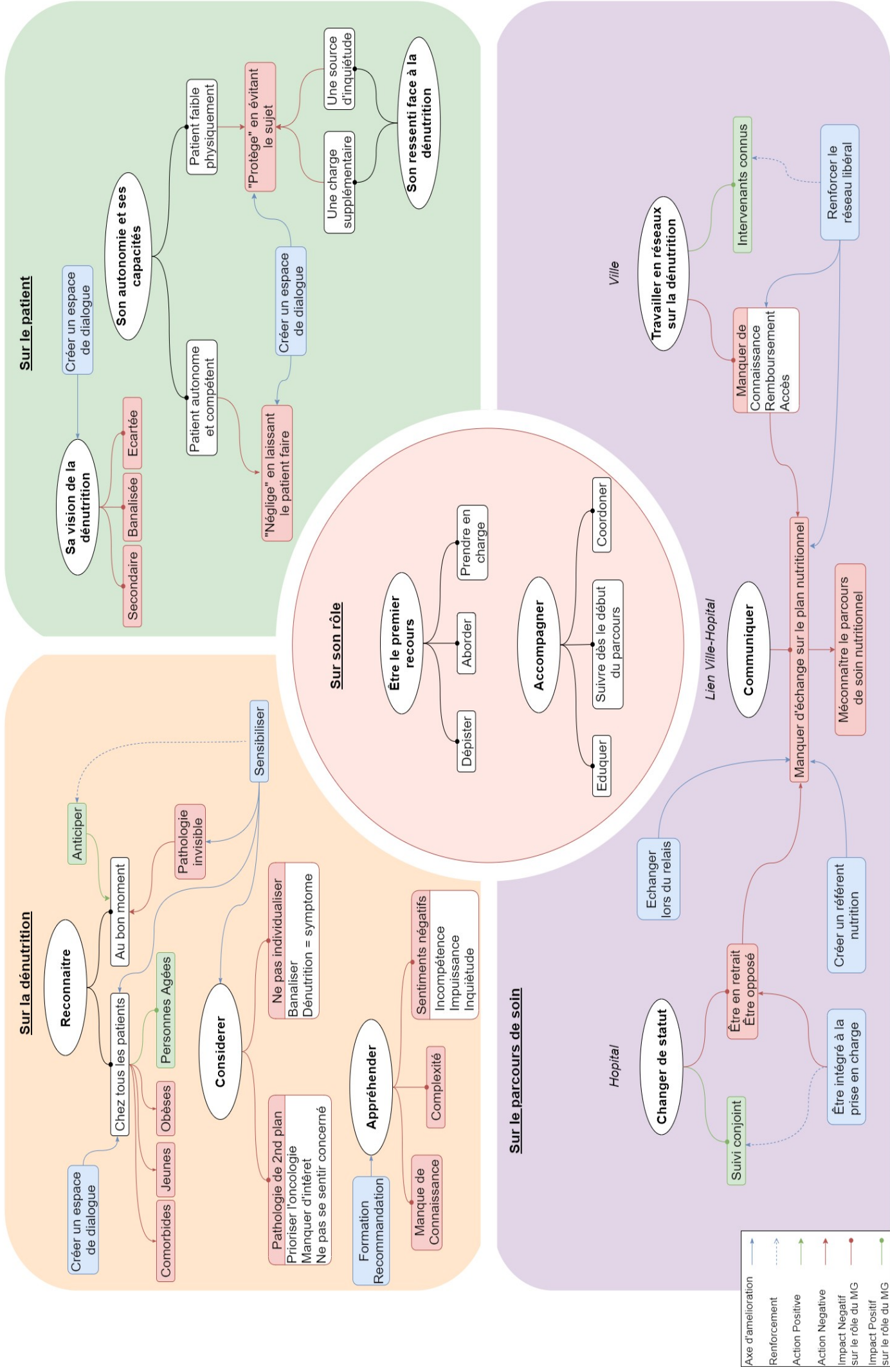
Lors de la prise en charge hospitalière, nous avons pu remarquer que la rupture de suivi auprès des généralistes provoquait une perte des repères des médecins. Les médecins s'adaptaient différemment à ce changement dans le parcours de soin. Certains médecins préféraient laisser leur place, d'autres regrettaient de ne plus être le médecin de premier recours. Les médecins soulignaient néanmoins le besoin d'une coordination et d'une clarification des rôles avec l'oncologue, particulièrement lors de la reprise du suivi.

En effet, les différents réseaux existants localement manquant de visibilité et ne sachant pas à qui incombait la prise en charge de la dénutrition lors de la prise en charge hospitalière, ni vers qui se tourner lors du relais vers la prise en charge en ville, les médecins généralistes étaient déstabilisés. Cela pouvait mener à une absence de prise en charge, les médecins supposant que l'aspect nutritionnel était traité par l'oncologue par exemple.

Pour améliorer le parcours de soin nutritionnel des patients cancéreux, les médecins ont pu solliciter la mise en place d'un parcours plus structuré avec un intervenant identifié pour chaque patient. Ils soulignaient aussi une envie d'être plus intégrés à la prise en charge, notamment en améliorant la transmission d'informations et des objectifs thérapeutiques lors du relais. Ils proposaient aussi d'inciter les patients à consulter le médecin généraliste durant le suivi oncologique.

Le modèle explicatif suivant permet de résumer les résultats mis en évidence sur le ressenti des généralistes sur la prise en charge des patients dénutris suivis pour un cancer et son impact sur cette prise en charge.

Ressenti des medecins généralistes sur la prise en charge des patients dénutris suivis pour un cancer



4.2 Comparaison avec la littérature

Nous avons trouvé peu de thèses abordant spécifiquement le sujet de la dénutrition chez les patients cancéreux sous l'angle du ressenti des médecins généralistes et de leur vision dans le parcours de soin.

Concernant plus globalement le parcours de soin en oncologie, plusieurs thèses explorant le ressenti des médecins généralistes retrouvent des résultats concordants à ceux de cette étude.

Le rôle central des médecins dans la prise en charge de ces patients, en tant que coordinateurs de soin était plusieurs fois cité.(57–60) De manière plus détaillée, un rôle d'annonce de la pathologie, d'information et de suivi du fait de son statut de confiance était noté dans la thèse de C. Bourquin. (57)

La rupture dans le suivi lorsque le patient était pris en charge spécifiquement en oncologie était également retrouvée dans ces travaux de thèse. La nécessité de renforcement de la coordination hôpital-ville au moment du relais était aussi soulignée dans l'article de T. Anvik et al.(61), avec là aussi une demande des praticiens d'être plus impliqués dans la prise en charge. L'étude de E.Tardieu et al. (62) a proposé d'utiliser le DCC comme moyen de communication entre hôpital et médecin traitant. Il est à noter que l'objectif de renfort de la coordination entre les différents intervenants via notamment le DCC est un objectif proclamé de la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030, comme nous l'avons déjà évoqué. (50)

Le besoin de formation dans le domaine de l'oncologie notamment sous forme de protocole ou de formation simple était mis en avant dans ces travaux. La thèse « Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer (rôles, besoins et perspectives) » a pu mettre en évidence la participation de certains médecins à un réseau d'oncologie, permettant d'améliorer le suivi et les connaissances des praticiens. (58)

Concernant le réseau de soin, la satisfaction dans les échanges ville hôpital était également citée fréquemment, avec cependant toujours un besoin d'améliorer les échanges et la coordination. Concernant l'aspect nutritionnel de la prise en charge oncologique par contre, nous n'avons pas retrouvé, dans les thèses étudiées, le fait que les acteurs du réseau de soin nutritionnel n'étaient pas identifiés par les généralistes. Le manque d'intervenants de proximité n'était pas non plus cité. Cela peut être dû à une absence de questionnement sur les réseaux de soin dans ces travaux, ou éventuellement à la mise en place de réseaux plus identifiés par les médecins traitants dans certaines

régions : comme le réseau onco-Poitou-Charentes cité dans la thèse de G. Pinganaud, bien qu'il est à noter que cette étude ne concerne pas l'aspect nutritionnel spécifiquement. (58)

Concernant le ressenti des médecins envers la dénutrition, dans la thèse de Marion Le Mouroux, s'intéressant à la surveillance de la dénutrition des patients âgés de plus de 70 ans atteints de cancer, nous avons pu trouver que la dénutrition dans le contexte du cancer pouvait être banalisée par les généralistes.(53) On retrouve la même idée dans la thèse de M. Drouin, concernant l'alimentation des patients en cours de traitement anticancéreux, avec une idée que les praticiens s'alertent tardivement. (55)

Il est intéressant de remarquer que dans la thèse de M. Le Mouroux, 14 % des médecins interrogés déclaraient réaliser une consultation dédiée à la dénutrition, contrairement aux résultats de notre étude. Nous pouvons corrélérer cette information au fait que cette étude était réalisée dans une population âgée pour laquelle les généralistes sont plus sensibilisés sur la dénutrition ; et au fait que dans notre étude, qui est qualitative, le panel interrogé ne contenait pas de médecin pratiquant de cette manière, bien que l'idée d'une consultation dédiée était un outil évoqué. Là aussi les demandes de formation et de protocole de prise en charge de la dénutrition étaient sollicitées.

Concernant la projection des médecins envers les patients suivis en oncologie, nous avons relevé les mêmes ressentis des médecins généralistes envers leurs patients suivis en oncologie. (63) L'idée de patients autonomes dans leur prise en charge, menant à une attitude passive des médecins qui laissaient les patients initier la prise en charge était relevée dans l'article de E.Geelen et al., (64) l'idée que les patients étaient peu alertés par la dénutrition a pu être retrouvée également (55).

Dans la thèse « État des lieux et dépistage de la dénutrition chez les patients atteints d'un cancer en médecine générale dans la région Poitou-Charentes », l'idée plus radicale que les patients étaient dans le déni de la dénutrition était indiquée par 25 % des praticiens interrogés comme un obstacle au dépistage. À l'inverse de cette attitude passive par déni de la pathologie, comme évoqué par certains participants de notre étude, l'idée de patients fragiles qu'il faudrait protéger, que nous avons trouvée également, était présente dans la thèse de C. Bourquin, concernant ici l'annonce diagnostic. (57)

Il est intéressant de mettre ces résultats en face d'études s'intéressant au regard des patients et de leur proche sur la prise en charge nutritionnelle au cours du suivi d'un cancer.

Nous remarquons, dans l'étude Nutricancer citée plus haut, que 29 % des patients interrogés n'étaient pas d'accord avec la proposition « Je parle facilement de mes problèmes nutritionnels avec les professionnels de santé ». Nous pouvons mettre en miroir le fait que notre étude relevait une volonté des médecins de laisser l'autonomie aux patients de parler de cette problématique.

Dans cette même étude, les patients étaient 69 % à solliciter une prise de conscience des professionnels de santé de la nécessité de prise en charge des problèmes nutritionnels, et 16 % à être d'accord avec l'idée que leur état nutritionnel n'intéressait pas les médecins.(52)

Dans l'étude « An exploration of the experience of cancer cachexia: what patients and their families want from healthcare professionals» les patients disaient ressentir un manque de reconnaissance de la dénutrition par les professionnels de santé, un manque d'information de leur part sur ce sujet et un manque d'intervention. Ils déclaraient ainsi un sentiment d'être isolés, abandonnés dans cette prise en charge. (65)

Nous voyons donc une fracture entre les besoins exprimés des patients d'information et de prise en considération de leur état nutritionnel, et le ressenti des médecins généralistes de patients ne considérant pas ce problème comme important. L'image de patients autonomes et déjà surchargés émotionnellement et logistiquement par la pathologie oncologique que nous avons mis en évidence dans notre étude était aussi en contradiction avec ces besoins.

Toutes ces représentations des généralistes peuvent être des freins à une intervention nutritionnelle, alors qu'elle semble être une demande d'une grande partie des patients.

4.3 Forces et faiblesses

4.3.1 Forces

Notre étude était une étude originale, car si plusieurs travaux de thèses ont exploré le ressenti des médecins généralistes sur le parcours de soin oncologique, peu se sont intéressées à la prise en charge plus spécifique de la dénutrition dans cette population.

La population étudiée a permis un échantillon de généralistes varié autant pour le lieu d'exercice (urbain, rural et semi-rural) que concernant l'expérience (années d'installation) et le sex-ratio afin de ne pas méconnaître d'éventuelles préoccupations différentes vis-à-vis de l'alimentation, de la nutrition et de l'activité physique. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à suffisance des données, le dernier entretien n'apportant pas de nouvelles informations par rapport aux précédents, permettant d'explorer suffisamment d'idées et de point de vue différents.

En recrutant les participants par le réseau de connaissances de médecins connus, cela a permis de s'affranchir en partie du biais de recrutement car certains médecins ont participé sans être forcément intéressés et sensibilisés au sujet.

Les médecins participants ont pu se rendre disponibles, permettant des entretiens dans un cadre favorable au développement du dialogue, sauf pour un des entretiens. L'analyse a été réalisée en triangulant sept entretiens sur les neuf, permettant ainsi de confronter les analyses et d'améliorer la validité de l'étude.

En confrontant les résultats aux autres travaux existants, il apparaît que cette étude apporte des résultats concordants. De plus, certains résultats apportent de nouvelles perspectives.

En effet, notre étude nous apporte un éclairage sur la vision du médecin généraliste et permet de réfléchir sur des axes d'amélioration du parcours de soins des patients suivis en oncologie sur le plan nutritionnel spécifiquement, que ce soit sur le rapport des généralistes à la dénutrition en oncologie, sur la communication avec les patients ou sur l'organisation avec les différents intervenants dans le parcours de soin.

4.3.2 Faiblesse

Il y avait un biais de recrutement pour certains participants dans cette étude, les participants répondants pouvant être plus intéressés par le sujet de la nutrition.

Le fait que les participants soient des médecins et d'autant plus que je connaisse trois d'entre eux pouvait induire un biais de désirabilité sociale, c'est à dire une envie de répondre de manière acceptable aux questions en n'évoquant pas certaines situations négatives par exemple. Ce choix a été fait puisqu'il était plus facile pour mettre en œuvre le recrutement, et permettait d'avoir une réponse favorable à la participation plus facilement.

De plus, nous aurions pu réaliser un ou deux entretiens supplémentaires pour vérifier la suffisance des données. Cela a été rendu compliqué pour des raisons de temps et de disponibilité des participants. Nous aurions aimé recruter plus de praticiens formés en nutrition pour essayer de mettre en évidence des différences de ressentis sur le parcours nutritionnel des patients.

Un des participants avait peu d'expérience et donc peu de vécu auprès des patients suivis en oncologie. Il a répondu parfois de façon théorique aux questions, en imaginant comment il ferait si la situation venait à se présenter.

Mon manque d'expérience dans la réalisation d'une étude qualitative pouvait être une faiblesse, notamment dans la réalisation des entretiens. Les questions de relances et le fait de poser des questions ouvertes pour relancer le débat était un exercice difficile, qui a pu rendre les entretiens moins riches, notamment lors des premières rencontres.

Un des entretiens s'est déroulé dans une salle de pause d'un cabinet de médecine générale avec plusieurs interruptions de personnes extérieures, ne permettant pas à l'entretien de se dérouler dans les conditions optimales.

Mon manque d'expérience concernant l'analyse de données qualitatives a pu également amener à ne pas identifier certaines idées présentes dans les entretiens. Le fait de trianguler les données a permis de s'affranchir en partie de cette lacune.

4.4 Perspectives

Notre étude met en évidence un besoin de formation exprimé par les généralistes, comme dans d'autres études. L'idée de formation sur la pratique, concise, s'adapterait facilement à des formats de FMC (formation médicale continue) par exemple, et au développement et à la diffusion de livrets ou de sites d'information. Une formation et une sensibilisation couvrant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge sont nécessaires. Ces formations aborderaient les conseils alimentaires, les différents produits de nutrition existants sur le marché (CNO, nutrition entérale, afin de s'affranchir d'une information partielle délivrée par l'industrie pharmaceutique), les croyances et idées reçues (concernant le jeûne thérapeutique ou les pratiques non conventionnelles notamment) et l'importance de l'activité physique adaptée.

D'autre part, le développement d'une communication entre médecins et patients sur le sujet de la nutrition est un réel besoin. Il permettrait aux patients d'exprimer leurs craintes et leurs attentes pour rompre avec les idées préconçues des médecins envers le ressenti des patients sur la dénutrition. Nous pouvons imaginer une consultation dédiée à la nutrition dans le parcours de soin de ces patients qui serait remboursée, éventuellement auprès du généraliste.

Le développement de la communication avec les oncologues au sujet du suivi nutritionnel notamment, surtout au moment du relais hôpital-ville est un axe à améliorer également. Le DCC pourrait être l'instrument de ce lien. Nous pourrions imaginer une section consacrée à l'aspect nutritionnel de la prise en charge avec notamment un suivi pondéral mis à jour par le patient ou les intervenants et des consignes de prises en charge données par la diététicienne ou la personne référente en nutrition. Le DMP pourrait aussi être un instrument de communication intéressant.

Le développement d'un réseau de soin en nutrition en ville, et la question du remboursement des acteurs de ce réseau est également une demande des médecins. Surtout, le fait que les acteurs de ce réseau de nutrition, que ce soit en ville ou à l'hôpital, soient identifiés est primordial pour permettre une prise en charge optimale. Les différentes structures déjà présentes doivent communiquer avec les médecins généralistes afin de se faire connaître.

Les forfaits de soin après-cancer sont en train de se mettre en place, intégrant la nutrition et l'aspect psychologique. Il est primordial que ces prises en charge se fassent conjointement entre l'oncologue et le médecin traitant.

Nous pouvons envisager un « référent nutrition » identifié pour chaque patient qui permettrait de formaliser cette prise en charge. Ce référent pourrait être selon les possibilités et le souhait du patient et des professionnels le prenant en charge une diététicienne, l'oncologue, le généraliste par exemple.

Il serait intéressant, dans la lignée de ce travail, de réaliser une étude explorant de manière croisée le ressenti des patients, des oncologues et des intervenants de proximité en ville sur ce parcours de soin pour analyser également leurs perspectives dans cette prise en charge.

5 Conclusion

Du fait de la meilleure prise en charge en oncologie, le nombre de patients vivants avec un cancer est en augmentation et de fait, les médecins généralistes suivent de plus en plus de patients traités ou en cours de prise en charge pour un cancer. La prise en charge de la qualité de vie de ces patients devient un enjeu important, notamment la prise en charge sur le plan nutritionnel.

L'objectif de cette étude était d'étudier le ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge de la dénutrition des patients suivis pour un cancer.

Les médecins généralistes interrogés estimaient être impliqués de manière évidente dans le parcours de soin nutritionnel des patients cancéreux en cours de prise en charge oncologique. Cependant, leur ressenti concernant la dénutrition, le respect de l'autonomie du patient, et le parcours de soin particulier sont des aspects qui modifient leur approche dans cette prise en charge.

Nous avons ainsi pu mettre en évidence, à partir de ce ressenti, plusieurs axes à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge :

- Une amélioration de la sensibilisation sur la dénutrition au travers de formations pour améliorer la reconnaissance et la considération de la dénutrition dans cette population particulière.
- Un renforcement de la communication entre le médecin généraliste et le patient autour de la dénutrition afin de sensibiliser et d'établir un espace de dialogue avec le patient, éventuellement lors d'une consultation dédiée.
- Un renforcement de la communication entre l'hôpital et le médecin généraliste sur l'aspect nutritionnel de la prise en charge, notamment lors du relais hôpital-ville.
- La création d'un réseau de prise en charge de la dénutrition identifié, avec une personne ressource référente en nutrition pour chaque patient.

6 Bibliographie

1. INCA. Cancers : les chiffres clés [Internet]. 2021 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles>
2. Guily JLS, Bouvard É, Raynard B, Goldwasser F, Maget B, Prevost A, et al. NutriCancer: A French observational multicentre cross-sectional study of malnutrition in elderly patients with cancer. *J Geriatr Oncol*. 1 janv 2018;9(1):74-80.
3. NACRe. Réseau NACRe - Réseau National Alimentation Cancer Recherche - Prévenir la dénutrition au cours du cancer et son traitement [Internet]. 2016 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www6.inrae.fr/nacre/Pendant-le-cancer/Prevenir-la-denuitrition-au-cours-du-cancer-et-son-traitement>
4. Co-pilotage de la ministre des Affaires sociales et de la Santé et la ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019>
5. Ministère des solidarités et de la santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023. [Internet] 2019. [cité 8 juillet 2021] Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
6. Garnier D. Cachexie. In: Dictionnaire illustré des termes de médecine. 30^e éd. Maloine; p. 131.
7. Fearon KCH, Strasser F, Anker SD. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol*. mai 2021;12:489-95.
8. Ni J, Zhang L. Cancer Cachexia: Definition, Staging, and Emerging Treatments. *Cancer Manag Res*. 9 juill 2020;12:5597-605.
9. Sieber CC. Malnutrition and sarcopenia. *Aging Clin Exp Res*. 1 juin 2019;31(6):793-8.
10. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. janv 2019;48(1):16-31.
11. Iannuzzi-Sucich M, Prestwood KM, Kenny AM. Prevalence of Sarcopenia and Predictors of Skeletal Muscle Mass in Healthy, Older Men and Women. *J Gerontol Ser A*. 1 déc 2002;57(12):M772-7.
12. Revue Medicale Suisse. Sarcopénie : nouveau thème d'actualité en gériatrie [Internet]. 2009 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-224/sarcopenie-nouveau-theme-d-actualite-en-geriatrie>
13. Cynober L. Physiopathologie de la dénutrition. *Rev Francoph Lab*. 1 sept 2014;2014(465, Part 1):47-52.
14. De Bandt JP. Comprendre la physiopathologie de la dénutrition pour mieux la traiter. *Ann Pharm Fr*. 1 sept 2015;73(5):332-5.
15. Amaigrissement à tous les âges. In: Collège des enseignants de nutrition. 3^{ème} édition. Elsevier Masson; 2019. p. 121-31. (Les référentiels des collèges).

16. Leclaire S, Déchelotte P. Nutrition du patient cancéreux : la pratique clinique. Cah Nutr Diététique. 1 août 2004;39(4):247-52.
17. Fearon KCH, Glass DJ, Guttridge DC. Cancer Cachexia: Mediators, Signaling, and Metabolic Pathways. Cell Metab. 8 août 2012;16(2):153-66.
18. INCA, NACRe. Synthèse – Impact des facteurs nutritionnels pendant et après cancer. sept 2020;16.
19. De Oliveira LC, Abreu GT, Lima LC, Aredes MA, Wiegert EVM. Quality of life and its relation with nutritional status in patients with incurable cancer in palliative care. Support Care Cancer. 1 oct 2020;28(10):4971-8.
20. Chemama S, Raynard B, Antoun S. Conséquences de la diminution de la masse musculaire sur la tolérance des traitements anticancéreux. Bull Cancer. sept 2016;103(9):786-93.
21. Pressoir M, Desné S, Berchery D, Rossignol G, Poiree B, Meslier M, et al. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. Br J Cancer. 16 mars 2010;102(6):966-71.
22. Schneider SM, Veyres P, Pivot X, Soummer AM, Jambou P, Filippi J, et al. Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections. Br J Nutr. juill 2004;92(1):105-11.
23. Oberholzer R, Hopkinson JB, Baumann K, Omlin A, Kaasa S, Fearon KC, et al. Psychosocial Effects of Cancer Cachexia: A Systematic Literature Search and Qualitative Analysis. Journal of Pain and Symptom Management. 1 juill 2013;46(1):77-95.
24. Hasselmann M, Alix E. Outils et procédures de dépistage de la dénutrition et de son risque en milieu hospitalier. Nutr Clin Métabolisme. 1 déc 2003;17(4):218-26.
25. Haute autorité de Santé, Fédération Française de Nutrition. Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte, et la personne de 70 ans et plus. 2021 nov.
26. Joly F, Anota A, Foucaut AM, Védie AL, Antoun S, Barnoud D, et al. French intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, ACHBT, AFC, SFP-APA, SFNCM, AFSOS). BMJ Support Palliat Care. 11 nov 2020;73.
27. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients prevalence, concurrent validity and ease of use of the malnutrition universal screening tool « MUST » for adults. Br J Nutr. 2004;(92):799-808.
28. BAPEN. Malnutrition Universal Screening Tool. [Internet]. 2003 [cité 26 mars 2021]. Disponible sur : https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf
29. Delarue J, Joly F, Desport JC, Fontaine E. Les nouveaux critères de diagnostic de la dénutrition de l'adulte. MCED. 2018;(95):5.
30. Haute Autorité de santé - Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. [Internet]. 2019 [cité le 10 mai 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/reco277_recommandations_rbp_denuitration_cd_2019_11_13_v0.pdf

31. Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus [Internet]. 2021. [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denu-trition-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus
32. Santanasto AJ, Glynn NW, Lovato LC, Blair SN, Fielding RA, Gill TM, et al. Effect of Physical Activity versus Health Education on Physical Function, Grip Strength and Mobility. *J Am Geriatr Soc.* juill 2017;65(7):1427-33.
33. Reconnaître et traiter la dénutrition en ambulatoire [Internet]. FMC-HGE. 2011 [cité 17 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2011-paris/textes-postu-2011-paris/reconnaitre-et-traiter-la-denu-trition-en-ambulatoire/>
34. Dénutrition chez l'adulte et l'enfant. In: collège des enseignants de nutrition. 3ème édition. Elsevier masson; p. 132-53. (les référentiels des enseignants).
35. Jésus P, Eyraud E, Flori N, Zeanandin G, Attalin V, Bouchoud L, et al. Dénutrition chez l'adulte - Diagnostic, prise en charge et surveillance. 2021.
36. Khan S, Alibay TA, Merad M, DiPalma M, Raynard B, Antoun S. Détection et évaluation de la dénutrition en oncologie : quels sont les outils, pour quel type de cancer et dans quels buts ? *Bull Cancer (Paris).* 1 sept 2016;103(9):776-85.
37. Dénutrition pendant et après cancer - Facteurs de risque et de protection [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Denu-trition>
38. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr.* févr 2017;36(1):11-48.
39. Greenlee H, Santiago-Torres M, McMillen KK, Ueland K, Haase AM. Helping Patients Eat Better During and Beyond Cancer Treatment: Continued Nutrition Management Throughout Care to Address Diet, Malnutrition, and Obesity in Cancer. *Cancer J.* oct 2019;25(5):320-8.
40. Boranian F, Cupissol D, Flori N, Garin L, Garrel R, Janiszewski C, et al. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer. Recommandations professionnelles de la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP). 2012 nov.
41. Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, Meyerhardt J, Courneya KS, Schwartz AL, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin.* 2012;62(4):242-74.
42. Réseau NACRe - Réseau National Alimentation Cancer Recherche - Recommandation 4 : Compléments alimentaires antioxydants [Internet]. [cité 26 juill 2021]. Disponible sur: <https://www6.inrae.fr/nacre/Pendant-le-cancer/Recommandations-nutritionnelles-pour-la-pratique-clinique/Nutrition-chez-le-patient-adulte-atteint-de-cancer-recommandations-professionnelles-SFNEP-2012/Recommandation-4-Complements-alimentaires-antioxydants>
43. NACRe. Jeûne régime restrictif et cancer – expertise collective réseau NACRe [Internet]. 2017 [cité 26 juillet 2021]. Disponible sur:

https://www6.inrae.fr/nacre/content/download/5467/46591/version/2/file/NACRE013-Depliant_Proc_NACRE_2019-09-11.pdf

44. Réseau NACRe, INCA. Jeûne, régimes restrictifs et cancer [Internet]. 2017 nov p. 4. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Jeune-regimes-restrictifs-et-cancer>
45. SRAE Nutrition Pays de la Loire [Internet]. SRAE. [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/>
46. PROXILIGUE, notre service des soins de support à domicile [Internet]. Ligue contre le cancer. 2016 [cité 4 août 2021]. Disponible sur: <https://www.liguecancer44.fr/accompagner-pour-aider/services-de-proximite-proxiligue/>
47. ONCODIETS : le 1er réseau de diététiciens libéraux en cancérologie [Internet]. [cité 4 août 2021]. Disponible sur: <https://www.sfnm.org/1079-oncodiets-le-1er-reseau-de-dieteticien-ne-s-nutritionnistes-liberaux-en-cancerologie>
48. DREES, Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital [Internet]. [cité 28 juill 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1034.pdf>
49. INCA, ASIP santé. Le dossier communicant de cancérologie - Parcours de soins des patients [Internet]. 2010 [cité 4 août 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Le-dossier-communicant-de-cancerologie>
50. INCA. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.[Internet]. 2021 juin [cité 6 avril 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>.
51. Direction de l'information légale et administrative. Qu'est-ce que le dossier médical partagé (DMP) ? [Internet]. 2021 [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872>
52. Raynard B, Hébuterne X, Goldwasser F, Ait Hssain A, Dubray Longeras P, Barthélémy P, et al. Représentations croisées sur l'alimentation et la dénutrition chez les patients atteints de cancer : résultats de l'étude NutriCancer2012. Bull Cancer (Paris). 1 nov 2017;104(11):921-8.
53. Le Mouroux M. Description de la surveillance de la dénutrition des patients âgés de plus de 70 ans, atteints de cancer, par leurs médecins généralistes, en Gironde [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2021 [cité 2 août 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03209921>
54. RAMLOLL S. État des lieux du dépistage de la dénutrition chez les patients atteints d'un cancer en médecine générale dans la région du Poitou Charente [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers, Faculté de médecine et pharmacie; 2016. 59 p.
55. Drouin M. L'alimentation des patients en cours de traitement anticancéreux: représentations et pratiques des médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nice, France]: Université

Côte d'Azur. Faculté de médecine; 2020 [cité 2 août 2021]. Disponible sur:
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03110663>

56. Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de La Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone (GROUMF), Global média Santé, CNGE production. 2021. 192 p.
57. Bourquin C. Rôles des médecins généralistes dans la prise en charge de patients atteints de cancer: état des lieux et souhaits. Étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes haut-normands. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rouen, France] Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen; 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01203242>
58. Pinganaud G. Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer (rôles, besoins et perspectives). [Internet] [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2013. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/81f14476-f8d6-4993-bbdf-dfe214f395db>
59. Orsini L. Place du médecin généraliste dans la prise en charge en cancérologie. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nice, France]: Nice- Faculté de médecine; 2017. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01585245>
60. Foucaut AM, Delrieu L, Meyrand R, Carretier J, Fervers B, Bachmann P, et al. Cancer du sein : place de l'exercice physique pendant les traitements. *Prat En Nutr.* avr 2016;12(46):22-6.
61. Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. « When patients have cancer, they stop seeing me » – the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer – a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 21 mars 2006;7:19.
62. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, Rousselot-Marche E, Jovenin N. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. *Bull Cancer* 2012 ; 99 : 557-62. doi : 10.1684/bdc.2012.1574
63. Waterland JL, Edbrooke L, Appathurai A, Lawrance N, Temple-Smith M, Denehy L. 'Probably better than any medication we can give you': General practitioners' views on exercise and nutrition in cancer. *Aust J Gen Pract.* 1 août 2020;49(8):513-8.
64. Geelen E, Krumeich A, Schellevis FG, van den Akker M. General practitioners' perceptions of their role in cancer follow-up care: a qualitative study in the Netherlands. *Eur J Gen Pract.* mars 2014;20(1):17-24.
65. Reid J, Mc Kenna HP, Fitzsimons D, Mc Cance TV. An exploration of the experience of cancer cachexia: what patients and their families want from healthcare professionals: What patients with cachexia want from professionals. *Eur J Cancer Care (Engl).* sept 2010;19(5):682-9.

Annexe

Annexe 1 : Seuils proposés pour évaluer la réduction de masse ou de fonction musculaire chez le patient de 18 à 69 ans (HAS 2019)

Méthodes de mesure	Hommes	Femmes
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 26	< 16
Vitesse de marche (m/s)	< 0,8	< 0,8
Indice de surface musculaire en L3 en cm ² /m ² (scanner, IRM)	52,4	38,5
Indice de masse musculaire en kg/m ² (impédancemétrie)	7,0	5,7
Indice de masse non grasse (impédancemétrie ^a) en kg/m ²	< 17	< 15
Masse musculaire appendiculaire (DEXA) en kg/m ²	7,23	5,67

Annexe 2 : Seuils proposés pour définir la sarcopénie confirmée : association d'une réduction de force et de masse musculaire chez le patient à partir de 70 ans (HAS 2021)

	Femme	Homme
Réduction de la force musculaire (au moins 1 critère)		
5 levers de chaise en secondes	> 15	
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 16	< 27
ET réduction de la masse musculaire (au moins 1 critère)*		
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 15	< 20
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m ²	< 5,5	< 7

Annexe 3 : Guide d'entretien

Bonjour, je vous remercie d'avoir bien voulu participer à ma thèse explorant le ressenti du médecin généraliste sur la prise en charge nutritionnelle du patient en cours de suivi d'un cancer. Le but est d'explorer votre expérience et votre vécu par rapport à ce parcours de soin, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, vous pouvez répondre comme vous le pensez, avec votre vécu et vos expériences personnels. Les données seront recueillies par enregistrement audio. Toutes les données seront anonymisées.
Merci de votre participation.

Dans un premier temps, j'aimerais vous poser des questions générales.

Caractéristiques du participant :

- Quel âge avez-vous ?
- Sexe ?
- Dans quel lieu d'exercice êtes-vous ? (rural/semi-rural/ville)
- Depuis combien de temps êtes-vous installé ?
- Avez-vous suivi une formation particulière supplémentaire dans votre cursus (DU/DESC/formation) ?
- Êtes-vous éloigné d'une structure prenant en charge l'oncologie ?

1 Dépistage et évaluation de la dénutrition en soins primaires

- Pouvez-vous me parler d'une consultation avec un patient chez qui vous avez suspecté une dénutrition ? / une perte importante de poids ?

→ sous questions = explorer :

- Qu'est-ce qui vous a permis de dépister cette dénutrition ?
- Comment avez-vous abordé ce problème avec le patient ou son entourage ?
- Quelle prise en charge avez-vous proposée ? Y-a-t-il eu d'autres intervenants ?

2 Dénutrition en oncologie. Dans cette partie, nous aborderons les questions en considérant les patients en cours de prise en charge active d'un cancer (soit en cours de traitement actif soit en cours de suivi actif).

- Quelle est votre expérience sur le questionnement de ces patients sur leur état nutritionnel ?

→ sous questions = explorer :

- alimentation / régimes / activité physique ?
- effets indésirables digestifs des traitements anti-cancéreux ?

- Quelles peuvent être vos difficultés/hésitations à aborder le sujet de la dénutrition dans cette population spécifique ?

→ sous questions = explorer :

- les projections du médecin sur le patient

- Quelles sont les difficultés à prendre en charge la dénutrition dans cette population que vous avez pu identifier ?

→ sous questions = explorer :

- Pour dépister la dénutrition

-Pour la prendre en charge . Conseil sur effets secondaires traitements/ RHD/ CNO/ personnes ressources

3 **Place du médecin traitant dans le parcours**

- Pouvez vous me parler des échanges que vous avez avec les intervenants en oncologie à propos de l'état nutritionnel des patients?

Sous question = explorer :

- La satisfaction par rapport à ces échanges
- Les éventuelles modifications souhaitées
- Quelle place pensez-vous devoir occuper, en tant que médecin traitant, dans le suivi de la dénutrition de ces patients ?

→ sous questions=explorer :

- Pendant le traitement actif/ pendant le suivi actif
- Place des autres intervenants ?
- Quels seraient vos besoins, en tant que médecin généraliste, pour pouvoir participer à la prise en charge de la dénutrition de ces patients de manière optimale ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose, des remarques à propos des termes abordés ?

Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet : Ressenti du médecin généraliste sur la prise en charge nutritionnelle des patients en cours de suivi d'un cancer.

Recherche qualitative auprès de médecins généralistes

Les objectifs de ce projet sont d'explorer :

-L'expérience et le vécu des médecins généralistes lors de la prise en charge nutritionnelle des patients en cours de suivi actif d'un cancer.

- Leur représentation sur ce parcours de soin et sur le lien ville-hopital.

La finalité est de repérer d'éventuels obstacles ou difficultés rencontrés dans le parcours de soin des patients cancéreux dénutris en ville et de réfléchir à des axes d'amélioration possibles.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé suivant vos disponibilités.

Il durera de 30 à 45 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *votre vécu/expérience sur la prise en charge de la dénutrition de patients en cours de suivi d'un cancer.*

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits.

Consentement

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant)_____

Vu, le Président du Jury,

*Pr RAT Cédric (Professeur des
Universités de Médecine Générale PU-
MG)*

Vu, le Directeur de Thèse,

*Dr VANSTEENE Damien, (Docteur en
médecine, Oncologue médical)*

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : VAROQUI

PRENOM : Marion

Titre de Thèse : Ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge des patients dénutris suivis en oncologie

RESUME

Introduction : Le nombre de patients vivants avec un cancer ou guéris d'un cancer est en augmentation croissante. La prise en charge de leur qualité de vie devient un enjeu primordial au travers notamment de la dénutrition qui est un facteur de morbi-mortalité important dans le cancer. Du fait de sa position centrale, le médecin généraliste paraît être un acteur privilégié dans la prise en charge nutritionnelle de ces patients. L'objectif de cette étude était d'étudier le ressenti des médecins généralistes sur ce parcours de soin.

Matériel et Méthode : Ce travail est une étude qualitative dans laquelle neuf praticiens exerçant en Loire-Atlantique ont été interrogés lors d'entretiens semi-dirigés. Les résultats ont été retranscrits en verbatim puis analysés. Sept des entretiens ont été analysés par une autre interne (triangulation des données).

Résultats : Les médecins généralistes se voyaient comme des acteurs de premier recours dans la prise en charge de la dénutrition des patients cancéreux, ayant une place de choix pour accompagner le patient lors de ce suivi. Cependant la dénutrition était vue comme une pathologie difficile à reconnaître et à prendre en charge, parfois considérée comme secondaire. Les a priori des médecins sur les patients, et sur leur vision et leur appréhension de la dénutrition, pouvaient amener à ne pas prendre en charge l'aspect nutritionnel. Enfin, la rupture de prise en charge par le médecin traitant lors du suivi hospitalier du cancer et le manque de visibilité et d'accès au réseau de proximité induisaient une méconnaissance du parcours de soin nutritionnel et une absence d'implication dans cette prise en charge.

Discussion : La formation et la sensibilisation des médecins, la création d'un espace de dialogue avec les patients au travers d'une consultation dédiée à la nutrition et la création d'un référent nutrition identifié pour améliorer la coordination et les échanges hôpital-ville sont des axes proposés pour améliorer ce parcours de soin.

MOTS-CLES

CANCER, DÉNUTRITION, MÉDECIN GÉNÉRALISTE