



HAL
open science

Freins et motivations à la consultation du médecin traitant chez les patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire en prise en charge active

Marylène Vermeersch

► To cite this version:

Marylène Vermeersch. Freins et motivations à la consultation du médecin traitant chez les patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire en prise en charge active. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04783100

HAL Id: dumas-04783100

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04783100v1>

Submitted on 14 Nov 2024

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.

UFR DE SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE

ANNÉE 2024

N°

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

VERMEERSCH Marylène

NÉE LE 8 OCTOBRE 1997 À LOUVIERS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 OCTOBRE 2024

**FREINS ET MOTIVATIONS À LA CONSULTATION DU MÉDECIN
TRAITANT CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER
BRONCHO-PULMONAIRE EN PRISE EN CHARGE ACTIVE**

PRÉSIDENT DE JURY : Professeur Matthieu SCHUERS

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Antoine GRÉGOIRE

MEMBRES DU JURY : Professeur Florian GUISIER

Professeur Sébastien THUREAU

Docteur Karim TAZROUTS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 - 2024

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas CLAVIER	HCN	Anesthésie-Réanimation
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Sophie DENEUVE	HCN	ORL
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Vivien HEBERT	HCN	Dermatologie
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne

Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Mourad OULD SLIMANE	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric ROCA	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien THUREAU	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mme Ivana DABAJ	HCN	Pédiatrie
Mme Charlotte DESPREZ	HCN	Physiologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>)	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Maud ROTHARMEL	HCN	Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie ROUSSEL	HCN	Médecine d'Urgences
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Paul BILLOIR (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain COPPEE	Bio-Informatique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHYOT (MCU-PH)	Bactériologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Thomas DUFLOT (MCU-PH)	Pharmacologie

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mr Henri GONDÉ (MCU-PH)	Pharmacie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin PLATEL	Pharmacologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Charles CALTOT	DEUST Pharmacie
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Christine HAIMET-LEROY	DEUST Pharmacie
Mme Lucile LOUIN	DEUST Officine
Mme Stéphanie LAMOUREUX	DEUST Pharmacie
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre BOHN	Radiopharmacie
M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
Mme Marine CAVELIER	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Loïc MARTIN	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

PAU

Mme Léopoldine DEHEINZELIN	Orthophonie
Mme Séverine ROBERT	Orthophonie

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

*CB - Centre Henri Becquerel
Rouvray*

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse. Merci d'apporter votre regard de médecin généraliste et d'enseignant universitaire.

Merci à l'ensemble des membres du jury, Monsieur le Professeur Florian GUISIER, Monsieur le Professeur Sébastien THUREAU et Monsieur le Docteur Karim TAZROUTS. Je vous remercie pour votre disponibilité, ainsi que vos regards sur le sujet du fait de vos spécialités variées, mais proches du sujet, en tant que pneumologue, oncologue radiothérapeute, médecin généraliste et enseignants universitaires.

Merci à Monsieur le Docteur Antoine GRÉGOIRE d'avoir relevé de défi de m'épauler pour ce travail de thèse, après mon passage en tant qu'interne dans le service de Pneumologie de l'hôpital de Dieppe. J'ai été ravie de travailler à tes côtés. Je te remercie pour ta disponibilité, ta pédagogie, ton investissement et ton apport sur ma pratique future.

Merci à Madame Céline GUIBERT, infirmière de programmation à l'hôpital de Dieppe, pour son aide dans la planification et la réalisation de mes entretiens.

Merci aux médecins généralistes qui m'ont accueilli dans leur cabinet et avec qui j'ai pris plaisir à apprendre et à partager, Madame le Docteur Françoise VALLA, Madame le Docteur Clotilde VAULOUP et Monsieur le Docteur Geoffroy OZANNE. Merci également à Madame le Docteur Odile SALMONA qui m'a fait découvrir la protection de l'enfance en PMI. Merci aux médecins de l'hôpital de Dieppe, que j'ai pu découvrir et apprécier pendant mon internat, notamment des services de Pneumologie, des Urgences et de Gériatrie.

Merci à tous mes amis rencontrés pendant ces neuf années de médecine : Paul, Aymerick, Rémi, Wendy, Loreleï et Clémence.

A ma marraine Rachel, grâce à toi j'ai réalisé de belles rencontres.

A Aurélien, Thomas et Antoine pour toutes les parties de jeux de société et les vacances passées ensemble.

Encore à toi Aurélien, pour ta présence et ton aide depuis la deuxième année de médecine. Je suis heureuse de te compter parmi mes plus proches amis.

A Jade et David, vous retrouver me ravie à chaque fois, que ce soit à Paris, à Dieppe ou bientôt à Vasteville pour des échanges de livres, des parties de jeux de société ou des balades et randonnées.

A toi Erwan, à qui je dois beaucoup de choses. Ton soutien et ta présence au quotidien m'aident à avancer chaque jour. Une année 2024 bien remplie avec nos thèses respectives et l'achat de notre maison dans La Hague. Il ne reste plus que l'adoption de notre chien.

ABRÉVIATIONS

AVC : Accident vasculaire cérébral

CBPC : Cancer bronchique à petites cellules

CBNPC : Cancer bronchique non à petites cellules

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CT : Chimiothérapie

DS : Dérivation standard

DT2 : Diabète de type 2

ECOGEN : Eléments de consultation en médecine générale

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IDM : Infarctus du myocarde

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IT : Immunothérapie

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	17
MATÉRIELS ET MÉTHODES	20
RÉSULTATS.....	23
1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION	23
2. SUIVI DU PATIENT.....	27
3. RELATION MÉDECIN - PATIENT	29
4. PRISE EN CHARGE DU CANCER	31
5. RÔLES DU MÉDECIN TRAITANT	32
6. FREINS À LA CONSULTATION DU MÉDECIN TRAITANT	34
7. MODIFICATION RELATION MÉDECIN TRAITANT – PATIENT	36
DISCUSSION	39
1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	39
2. FAIRE VALOIR LE RÔLE DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE TRAITANT	39
a. Inciter à la prévention	40
b. Difficultés dans le suivi du cancer	41
3. PRIVILÉGIER UNE RELATION DE CONFIANCE MEDECIN TRAITANT – PATIENT	42
a. Déterminants de la confiance	42
b. Bénéfices	43
4. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	43
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE.....	48
Annexe 1 : Note d'information et recueil du consentement.....	53
Annexe 2 : Avis du Comité de Qualification des Projets de Recherche	56
Annexe 3 : Guide d'entretien	57
RÉSUMÉ.....	59

INTRODUCTION

Le cancer est la première cause de mortalité prématurée (avant 65 ans) en France, ce qui explique en partie l'impact médico-psycho-social majeur pour les patients et leur entourage. Les cancers représentent la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme. En 2023, 433 000 nouveaux cas ont été enregistrés en France (1). Selon le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), une augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer est attendue, avec plus de 35 millions nouveaux cas en 2050 dans le monde, tandis qu'en 2022 le nombre de nouveaux cas était de 20 millions (2).

En France, le cancer broncho-pulmonaire est le 3^{ème} cancer le plus fréquent et la 1^{ère} cause de décès par cancer, avec une nette augmentation de l'incidence et de la mortalité chez la femme (3). Le taux de survie nette standardisée à 5 ans est de 20 %. Il n'y a pas de dépistage organisé à l'heure actuelle, mais la Haute Autorité de Santé (HAS) a récemment émis un avis favorable pour la réalisation d'études pilotes sur le dépistage du cancer du poumon avec réalisation de scanner thoracique faible dose chez des patients fumeurs de plus de 50 ans (4).

Les différents plans successifs Cancer, et notamment celui de 2021-2030 (5), ont mis en avant les objectifs de santé publique pour la prise en charge des patients atteints de cancer. Le médecin généraliste est considéré comme central dans les axes de stratégie, avec nécessité d'améliorer la prévention globale des cancers, la coordination hôpital-ville et le suivi des patients.

Des revues de la littérature internationale ont montré que la continuité des soins améliorerait la qualité des soins, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques (6), et était associée à une réduction du taux de mortalité (7).

Néanmoins, le constat est fait auprès des médecins généralistes, mais également des oncologues, que les patients délaissent partiellement le suivi avec leur médecin traitant durant la prise en charge active du cancer (8, 9).

Dans la littérature, il existe des études observationnelles côté médecin et côté patient sur l'ensemble de la prise en charge des patients atteints d'un cancer.

Du côté des médecins généralistes (9, 10, 11), la majorité se sentent impliqués dans le dépistage et dans le diagnostic, mais leur sentiment d'implication diminue au fur et à mesure de la durée de prise en charge du cancer. Les médecins généralistes mettent en évidence un manque de coordination avec les spécialistes, un sentiment de perte de lien avec le patient, et souhaiteraient un rôle plus actif dans le suivi du patient.

Du côté des patients (11, 12), la majorité considèrent l'oncologue comme le pivot de la prise en charge du cancer. Malgré la présence d'un médecin généraliste de manière quasi systématique dès le début de la prise en charge, le suivi par celui-ci diminue après le diagnostic. Les patients sont satisfaits de la prise en charge du médecin généraliste de manière générale, mais souhaiteraient une plus grande implication à toutes les phases du cancer.

Il y a peu d'éléments dans la littérature concernant les freins et les motivations des patients à la consultation de leur médecin généraliste durant la prise en charge active d'une maladie néoplasique.

L'objectif de cette étude est d'apporter des éléments venant des patients sur leur suivi (ou leur perte de suivi) en médecine générale durant la prise en charge de leur cancer, et de rechercher des voies d'amélioration dans leur prise en charge.

Chaque type de cancer présente des spécificités qui lui sont propres, en lien avec l'organe affecté et également le type de population concernée. À titre d'exemple, les caractéristiques des patients vont être différentes entre les patients atteints d'un cancer du sein et ceux atteints d'un cancer du poumon. La prise en charge, le pronostic et finalement le vécu global de ces deux cancers vont être différents. Par conséquent, les motivations et les freins à la consultation en médecine générale seront également différents, raisons pour lesquelles le choix a été fait de ne sélectionner qu'un type de cancer, à savoir le cancer broncho-pulmonaire, et de concentrer l'étude uniquement sur cette population.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Une étude qualitative avec entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée.

Les patients éligibles à l'étude correspondaient à l'ensemble des patients en cours de chimiothérapie ou immunothérapie depuis au moins quatre mois pour un cancer broncho-pulmonaire sur l'hôpital de Dieppe.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être majeur
- Être atteint d'un cancer broncho-pulmonaire nécessitant un traitement par chimiothérapie et/ou immunothérapie de manière prolongée (durée théorique supérieure à six mois), pris en charge dans le service d'Oncologie de l'hôpital de Dieppe
- Avoir déjà débuté le traitement depuis au moins quatre mois
- Avoir un médecin traitant déclaré

La liste des patients éligibles a été extraite à partir du logiciel Chimioweb (logiciel de prescription de chimiothérapie/immunothérapie utilisé par l'hôpital de Dieppe), avec l'aide du pharmacien référent des chimiothérapies et immunothérapie de l'hôpital.

Un certain nombre de patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire présentent déjà des comorbidités nécessitant un traitement de fond, pour lesquelles il est nécessaire qu'ils voient régulièrement leur médecin traitant. Dans tous les cas, la découverte d'une pathologie grave comme un cancer broncho-pulmonaire nécessite un suivi régulier avec son médecin traitant, avec au minimum une consultation tous les trois mois. Pour évaluer le recours au médecin traitant chez ces patients quelques mois après la découverte du cancer, les entretiens ont été réalisés au moins quatre mois après le début du traitement.

Il était initialement prévu de réaliser un tirage au sort à partir de la liste de patients répondant aux critères d'inclusion. Cependant, les entretiens ayant été réalisés sur une période de trois mois, l'évolution du cancer broncho-pulmonaire ou d'autres comorbidités sur cet intervalle n'a pas permis le tirage au sort dans sa totalité. Il a été décidé d'identifier les patients dans l'ordre de disponibilité dans le service d'Oncologie, à partir du cinquième patient.

Les patients en cours de prise en charge par chimiothérapie et/ou immunothérapie sur l'hôpital de Dieppe ont tous un parcours de soin similaire. Une fois la consultation d'annonce faite par leur pneumologue référent, les cures sont réalisées toutes les trois ou quatre semaines selon le protocole en Hôpital de Jour d'Oncologie. Plus rarement, certains patients ont des protocoles de chimiothérapie hebdomadaires ou des cures d'immunothérapie toutes les six semaines. Ils sont vus à chaque cure par leur pneumologue référent, ou un autre médecin en cas d'absence. Un scanner de réévaluation est généralement réalisé toutes les deux ou trois cures afin d'évaluer la réponse au traitement et la suite de la prise en charge.

La technique de recrutement des patients éligibles, détaillée ci-dessous, était similaire pour chaque patient. L'infirmière de programmation de l'Hôpital de Jour donnait une note d'information orale et écrite (Annexe 1) sur l'étude en cours à chaque patient éligible lors de leur passage pour une cure. En cas de souhait de participation formulée, un formulaire de consentement leur était remis et l'entretien était programmé, sauf exceptions, au moment du prochain passage en Hôpital de Jour. Les pneumologues référents des patients étaient informés en amont du déroulement de cette étude, mais n'étaient pas impliqués dans son déroulement et en particulier dans le recrutement des patients.

La note d'information et le formulaire de consentement ont été rédigés avec l'aide du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Rouen. La population de l'étude étant fragile, le Comité de Qualification des Projets de Recherche du CHU de Rouen a été saisi et a émis un avis favorable (Annexe 2).

Un guide d'entretien a été élaboré après une recherche bibliographique, avec l'aide d'un guide méthodologique (13) et d'un travail de relecture avec le directeur de thèse. Le guide a été modifié au fur et à mesure pour ouvrir les relances et clarifier certains termes utilisés, dont « frein ». Le guide final (Annexe 3) a été constitué au cinquième entretien.

Les entretiens ont été réalisés au sein de l'Hôpital de Jour d'Oncologie de l'hôpital de Dieppe, pendant une cure de chimiothérapie ou d'immunothérapie, jusqu'à saturation des données. Les entretiens étaient réalisés dans un bureau médical. Les participants étaient seuls avec l'investigateur de l'étude. Ils avaient au préalable donné leur accord et signé le formulaire de consentement.

Les participants étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone intégré sur Smartphone. Les entretiens ont ensuite été retranscrits par l'investigateur de l'étude de manière anonyme sur le logiciel Microsoft Word, afin d'obtenir le verbatim du travail de recherche. L'ensemble des verbatims ont été intégrés au logiciel Nvivo 14, afin de réaliser une analyse simultanée en méthode inductive, puis un codage des entretiens avec création de thématiques de manière inductive.

RÉSULTATS

1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

La liste des patients éligibles a été extraite à partir du logiciel Chimioweb le 1^{er} octobre 2023, en sélectionnant les patients ayant reçu un traitement entre le 1^{er} mars et le 1^{er} juin 2023 (les patients étaient donc à minimum quatre mois de traitement au moment de l'extraction). Les patients qui n'étaient plus en cours de chimiothérapie et/ou d'immunothérapie à cette date ont ensuite été exclus de cette liste.

Le logiciel Chimioweb a donc identifié 85 patients ayant reçu au moins une cure entre le 1^{er} mars et le 1^{er} juin 2023. Ensuite, 47 patients ont été retirés pour décès, pauses thérapeutiques (en lien avec une toxicité, une réponse partielle ou complète, ou une chimiorésistance), passages en soins palliatifs ou absence de médecin traitant.

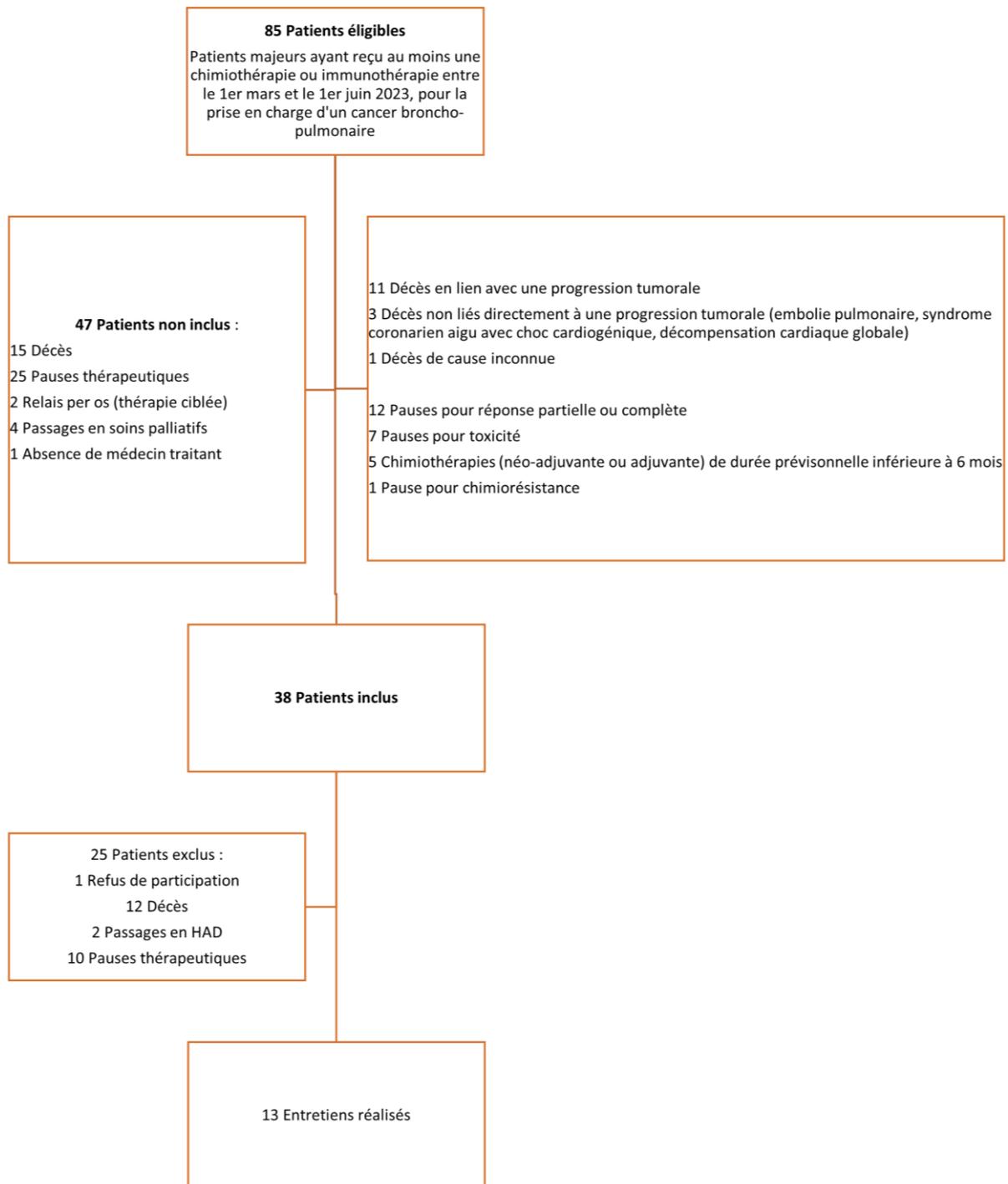
Après l'inclusion de 38 patients, 25 patients ont été exclus pour refus de participation, décès, passage en hospitalisation à domicile (HAD) ou pause thérapeutique.

L'ensemble du diagramme de flux est présenté Figure 1.

Les entretiens ont été réalisés entre le 15 décembre 2023 et le 4 mars 2024

Au total, treize entretiens ont été réalisés. La saturation des données a été obtenue au onzième entretien et confirmée par deux entretiens suivants. La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes.

Figure 1 : Diagramme de flux



Sur les treize patients interrogés, neuf sont des hommes et quatre des femmes. La moyenne d'âge est de 67 ans. Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont les artisans, commerçants et chefs d'entreprises (4 patients), ainsi que les employés (4 patients) et les ouvriers (3 patients). L'ensemble des données démographiques peuvent être retrouvées ci-dessous (Tableau 1).

Tableau 1 : Données démographiques

	Modalités	Effectifs (%)	Moyenne \pm DS	Médiane
Sexe	Homme	9 (69)		
	Femme	4 (31)		
Age (ans)			66,77 \pm 6,22	66
	< 50	0 (0)		
	50-70	4 (31)		
	> 70	9 (69)		
Situation matrimoniale	Marié(e)	7 (54)		
	Célibataire	3 (23)		
	Veuf(ve)	3 (23)		
Enfant(s)	Oui	10 (77)		
	Non	3 (23)		
Situation professionnelle	En activité	1 (8)		
	En arrêt de travail	2 (15)		
	En retraite	10 (77)		
	Sans activité	0 (0)		
Catégorie socioprofessionnelle (INSEE)	Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	4 (31)		
	Employés	4 (31)		
	Ouvriers	3 (23)		
	Cadres et professions intellectuelles	1 (8)		
	Professions intermédiaires	1 (8)		
	Agriculteurs exploitants	0 (0)		
	Sans activité	0 (0)		

Concernant les caractéristiques médicales (Tableau 2), les patients avaient en moyenne deux comorbidités associées au cancer. Les comorbidités à risque de décès prématuré les plus courantes étaient les pathologies cardiovasculaires, puis respiratoires et néoplasiques.

La grande majorité des patients étaient traités pour un cancer broncho-pulmonaire métastatique. Trois patients étaient traités par radio-chimiothérapie puis immunothérapie de consolidation pour des cancers localement avancés inopérables. Un patient avait un cancer à un stade localisé, mais n'avait pas été opéré en raison de ses comorbidités.

Dix patients sont, au moment du recueil des données, traités par immunothérapie, deux patients par chimiothérapie seule et un patient par chimiothérapie et immunothérapie.

Les patients avaient un diagnostic histologiquement prouvé de cancer broncho-pulmonaire depuis en moyenne 23 mois. Un traitement (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie ou immunothérapie) était débuté en moyenne 1 mois après ce diagnostic histologique. Les patients interrogés bénéficiaient de leur traitement actuel (chimiothérapie et/ou immunothérapie) depuis 16 mois en moyenne.

Tableau 2 : Données médicales au moment de l'entretien

	Modalités	Effectifs (%)	Moyenne \pm DS	Médiane
Comorbidités traitées (nombre par personne)			2,08 \pm 1,82	2
Comorbidités à risque de mortalité prématurée				
	Cancer (autre que broncho-pulmonaire)	2		
	Cardiovasculaire (AVC, IDM, DT2)	5		
	Pulmonaire (BPCO)	2		
Histologie du cancer broncho-pulmonaire				
	Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC)	11 (85)		
	Adénocarcinome	10 (77)		
	Épidermoïde	1 (8)		
	Cancer bronchique à petites cellules (CBPC)	2 (15)		
Stade du cancer broncho-pulmonaire				
	Localisé	1 (8)		
	Envahissement médiastinal	3 (23)		
	Métastatique	9 (69)		
Date du diagnostic (mois)			23 \pm15,50	20
	< 12 mois	4 (31)		
	12 – 24 mois	5 (38)		
	> 24 mois	4 (31)		
Date début traitement par chimiothérapie (CT) et/ou immunothérapie (IT) (mois)			16,3 \pm13,82	11
	< 6 mois	0 (0)		
	6 mois – 12 mois	8 (62)		
	> 12 mois	5 (38)		
Traitement en cours				
	IT de consolidation post radiothérapie	1 (8)		
	CT-IT de maintenance (1 ^{ère} ligne métastatique)	1 (8)		
	IT de maintenance (1 ^{ère} ligne métastatique)	9 (69)		
	CT d'entretien (\geq 2 ^{ème} ligne métastatique)	2 (15)		

2. SUIVI DU PATIENT

La majorité des patients (12 patients sur 13) considèrent être suivis par leur médecin traitant avec deux notions mises en avant par les patients : la fréquence de consultation et l'ancienneté du suivi (Figure 2).

P11 : « *Je le vois tous les 8-15 jours. Il me suit et puis il me dit ce qu'il se passe. [...] Il me suit depuis plus de 40 ans.* »

Le seul patient qui considère ne pas être suivi par son médecin traitant a une fréquence de consultation ponctuelle (moins d'une fois par an), avec un suivi récent, depuis 5 ans.

P8 : « *Je le vois le moins possible. Même sur des résultats de scanner, il ne prend pas de nouvelles* »

La fréquence de consultation est majoritairement régulière (deux à quatre fois par an). Les patients étaient suivis par leur médecin traitant depuis moins de 5 ans pour la moitié des patients, et depuis plus de 18 ans pour l'autre moitié.

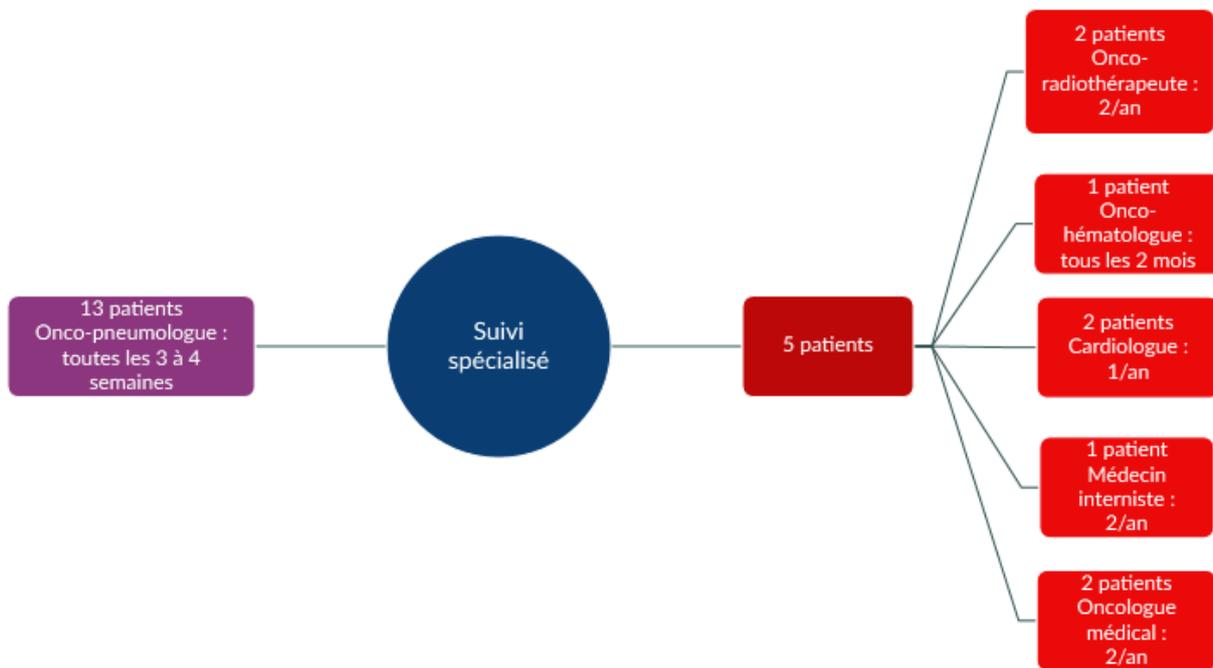
Figure 2 : Suivi par le médecin traitant



L'ensemble des patients ont un suivi onco-pneumologique en Hôpital de Jour à Dieppe toutes les trois à quatre semaines. Le suivi des patients atteints de cancer broncho-pulmonaire est effectué sur l'hôpital de Dieppe par quatre pneumologues différents. Dans notre cohorte, sept patients étaient suivis par un des pneumologues, cinq par un autre, et un par un troisième.

De plus, cinq patients consultent également entre un à deux autres spécialistes une à deux fois par an, soit en lien avec le cancer, soit en lien avec une comorbidité cardiovasculaire ou hématologique. Ces résultats peuvent être retrouvés dans la Figure 3.

Figure 3 : Suivi spécialisé (hors médecine générale)



3. RELATION MÉDECIN - PATIENT

Les patients évoquent une relation satisfaisante avec leur médecin traitant, avec quatre caractéristiques mises en avant (Tableau 3) : la confiance, la disponibilité, la proximité et l'obligation.

P10 : « *Relation de confiance totale. On peut parler de tout avec lui. Il est toujours positif et il a toujours des réponses. Donc une confiance absolue. Il est disponible parce que je lui envoie un mail et en général il me rappelle le jour même ou le lendemain.* »

Tableau 3 : Caractéristiques relation médecin traitant - patient

Modalités		Effectifs (%)
Confiance		12 (92)
Disponibilité		13 (100)
	Délai de rendez-vous dans la journée	5 (38)
	Délai de rendez-vous dans les 2 jours	5 (38)
	Délai de rendez-vous dans la semaine	3 (23)
	Réalisation de visite à domicile	2 (15)
Proximité		
	Relationnelle	9 (69)
	Géographique	10 (77)
Consultation vécue comme une obligation		6 (46)
	Renouvellement (arrêt travail ou traitement)	3 (23)
	Réassurance	2 (15)
	Consultation à la demande de la famille	2 (15)

Pratiquement tous les patients décrivent une relation de confiance avec leur médecin traitant. Un seul évoque une mauvaise relation, avec absence de confiance et de proximité relationnelle, malgré une proximité géographique. C'est le même patient qui considère ne pas être suivi.

P8 : « *Aucune relation. Je n'ai pas confiance en ce monsieur. Il est à peu près disponible, si j'appelle tôt le matin, je peux avoir un rendez-vous dans la journée, mais ça ne sert pas à grand-chose, et il n'est pas loin de chez moi, [...] mais je préfère ne pas aller le voir.* »

En termes de disponibilité, tous les patients sont satisfaits du délai de rendez-vous et de la possibilité ou non de réaliser des visites à domicile. Pour un patient, il y a eu une demande de visite à domicile, mais refusée par le médecin généraliste et pour un autre une difficulté à son obtention. Ces deux patients évoquent une modification du système de santé, ne permettant plus de mettre en place des visites à domicile par leur médecin généraliste (manque de temps, augmentation de la patientèle, ...).

Concernant la proximité relationnelle, quatre patients évoquent n'avoir que peu de relation avec leur médecin traitant. Les éléments expliquant le manque de relation avec leur médecin sont pour un patient une durée de suivi courte (deux ans), pour deux patients une fréquence de consultation basse (régulière ou ponctuelle) et pour un patient une insatisfaction du lien et du suivi secondaire à une absence de confiance.

P2 : « *Je n'y vais pas souvent, enfin j'y vais que tous les 6 mois. En fin de compte, je n'ai pas trop de relation* »

D'autres patients (3 sur 13) évoquent une relation amicale et conviviale, en rapport avec un suivi ancien (cinq ans, dix-huit ans, quarante ans), une différence d'âge minimale (pour deux patients, différence inférieure à 5 ans), des discussions sur d'autres sujets que médicaux et une proximité du logement et des activités extra-professionnelles du praticien.

P7 : « *Il a presque mon âge. Je l'ai connu tout jeune, on habitait dans la même ville. Moi, je l'ai connu, on jouait au foot. On va dire c'est une vieille connaissance. J'ai confiance en lui pour l'instant, il ne m'a jamais donné de médicament qui n'allait pas. [...] Je ne prends pas de rendez-vous. Je vais directement dans son cabinet. Comme on se connaît bien, il me prend entre deux personnes.* »

La proximité géographique fait partie des caractéristiques de la relation médecin traitant – patient, avec trois patients qui trouvent qu'ils ne sont pas assez proches du cabinet, notamment par une inaccessibilité du cabinet sans voiture (deux patients) ou par la situation du cabinet dans une autre région (un patient avec réalisation de téléconsultation une fois par mois), mais sans ressentir une diminution ou une perte de lien.

Enfin, six patients ressentent la consultation avec leur médecin généraliste comme une obligation, soit pour réaliser un renouvellement d'arrêt de travail ou d'ordonnance, soit à la demande de leur famille, ou encore pour de la réassurance.

P3 : « *Je suis obligé d'y aller parce que tous les 3 mois, il me fait un arrêt de travail pour mon employeur. Donc là oui, je suis obligé d'y aller sinon non je n'irais pas.* »

Quand les patients consultent pour de la réassurance, ils agissent soit par peur d'une aggravation de leur cancer ou de leur état de santé général par une problématique aigüe (rhinite, bronchite notamment), soit par nécessité de transmettre des informations concernant le cancer broncho-pulmonaire (impression de perte d'information entre l'hôpital et le médecin généraliste, avec parfois des comptes rendus de consultation non réceptionnés).

P10 : « *Je lui envoie les analyses de sang. Je lui fais un compte rendu sur la séance de d'immunothérapie. [...] Je n'ai pas tellement de raisons de le consulter, si ce n'est pour le tenir au courant, pratiquement jour par jour de l'évolution du traitement et de maladie. [...] si je savais qu'il recevait tous les comptes-rendus [...] je pense que j'enverrais moins de comptes-rendus [...]. Là je suis obligé, j'ai toujours peur qu'il ne soit pas au courant de quelque chose.* »

Deux patients se sentent poussés par leur famille (consultation non ressentie comme nécessaire par le patient).

4. PRISE EN CHARGE DU CANCER

Concernant la prise en charge de leur cancer, les patients considèrent leur médecin traitant comme uniquement informé (réception des comptes-rendus et des biologies), ou au contraire comme impliqué dans la prise en charge.

Seulement un patient évoque des problématiques de réception des comptes-rendus ou biologies (patient dont le médecin traitant est situé dans une autre région).

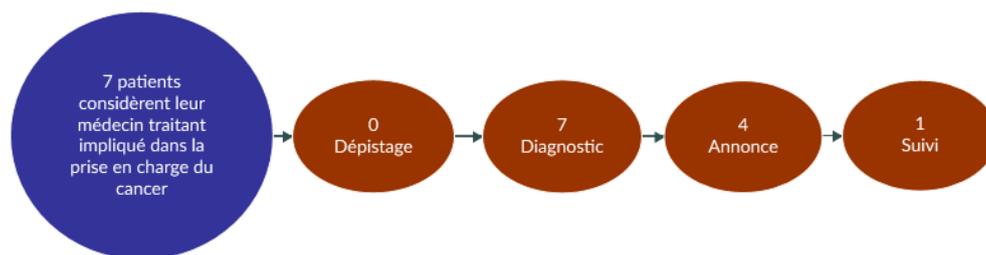
La moitié des patients (sept) considèrent leur médecin traitant comme impliqué dans la prise en charge du cancer. Les éléments définissant l'impression d'implication du médecin traitant par le patient sont la participation au diagnostic, la réalisation de consultations dédiées au cancer, la lecture avec le patient des comptes rendus, et le questionnement du praticien sur la manière dont ils se sentent.

P3 : « Il a été impliqué dès le départ. C'est lui qui a découvert le cancer. C'est lui qui a tout fait. »

Aucun patient ne considère que leur cancer du poumon a été dépisté par le médecin traitant. Le diagnostic a été réalisé par le médecin traitant pour sept patients sur point d'appel clinique, par un passage aux urgences pour cinq patients et par un autre spécialiste (onco-hématologue) pour un patient. Quatre médecins traitants ont participé à l'annonce. Un seul patient considère que son médecin traitant participe au suivi.

La Figure 4 présente le niveau d'implication du médecin généraliste, selon les patients, dans la prise en charge globale du cancer broncho-pulmonaire.

Figure 4 : Implication du médecin généraliste du dépistage au suivi



Six patients ne considèrent pas leur médecin traitant comme impliqué dans la prise en charge du cancer. Les patients évoquent comme raison le fait que l'oncologue soit le référent unique du cancer (trois patients), l'absence de lien entre le cancer et le motif des consultations en médecine générale (deux patients), et pour un patient l'absence de volonté d'implication du médecin traitant (en lien avec une mauvaise relation).

P5 : « Elle n'est pas vraiment impliquée [dans la prise en charge du cancer], c'est plutôt l'oncologue. Elle reçoit les prises de sang que l'oncologue demande. Elle reçoit les résultats de scan. Elle reçoit tout, mais généralement quand j'y vais c'est pour autre chose, ça n'a rien à voir avec la maladie, avec le cancer, rien du tout. »

5. RÔLES DU MÉDECIN TRAITANT

Dans cette étude, les patients mettent en avant des rôles multiples au médecin généraliste, dont on peut retrouver le détail dans la Figure 5. La majorité des patients relatent les rôles de coordinateur des soins, de premiers recours et de prescripteur. La notion de coordination comprend l'adressage à des spécialistes, la réalisation d'exams et la gestion du dossier médical. Le rôle de prescripteur correspond aux renouvellements d'arrêt de travail (pour un patient, tous les trois mois), de traitements chroniques préexistants au cancer (tous les trois mois) ou non (antalgique, anti-nauséeux) ou de traitements aigus (infection).

P4 : « *[Je consulte mon médecin généraliste] surtout pour des choses plus légères, un rhume, une douleur. Il renouvelle mes traitements également. [...] Et parfois il m'envoie consulter d'autres spécialistes »*

Trois rôles sont peu évoqués :

- la prévention (évoquée par trois patients), à type de suivi clinique ou biologique, réalisation de vaccination ou de dépistage organisé, avec des consultations à minima une fois par an.

P13 : « *La prévention c'est quand je n'étais pas malade, c'était régulièrement tous les ans, elle me disait de faire des examens. On vérifiait le cholestérol, le diabète. Elle était pointue. »*

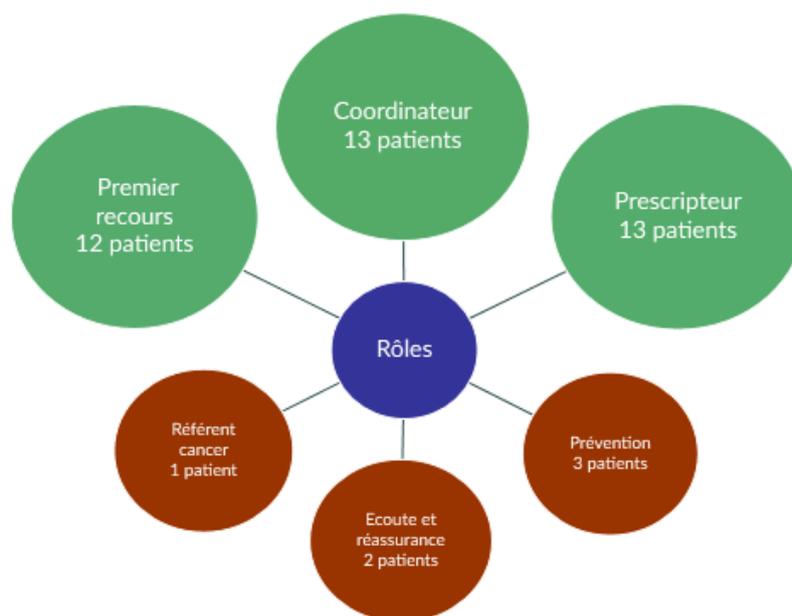
- l'écoute et la réassurance (évoquées par deux patients)

P11 : « *Il me remonte toujours le moral, il est tout le temps là. »*

- le réfèrent cancer (évoqué par un patient), c'est-à-dire, selon le patient, la première personne à contacter en cas de questions concernant les traitements et leurs effets ou sur l'évolution de la pathologie cancéreuse

P11 : « *Si j'ai des questions [concernant le cancer], je lui demande en premier. Je vais le voir pour me renseigner sur ce qu'il se passe, s'il y a de l'amélioration. »*

Figure 5 : Principaux rôles du médecin traitant



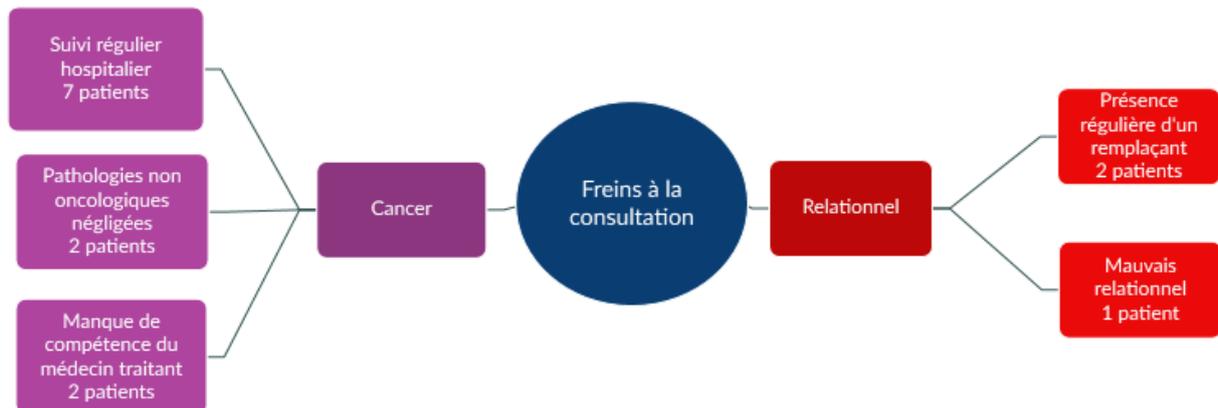
Bien qu'uniquement la moitié des patients considèrent leur médecin traitant comme impliqué dans la prise en charge du cancer, la majorité des patients (12 patients) disent être satisfaits du rôle de leur médecin traitant dans leur prise en charge globale. Un seul souhaiterait un rôle supplémentaire d'écoute et de réassurance.

P8 : « [Je m'attends à ce] que quand je vais le voir, il me demande comment ça va, qu'il me dise j'ai vu les résultats de votre scanner, c'est bien. Quelque chose d'un peu bienveillant. »

6. FREINS À LA CONSULTATION DU MÉDECIN TRAITANT

Certains patients expriment des réserves à consulter leur médecin traitant. Ces réserves sont soit directement en lien avec leur cancer, soit liées à des problématiques d'ordre relationnel avec leur médecin. Ces données peuvent être retrouvées sur la Figure 6.

Figure 6 : Principaux freins à la consultation du médecin traitant



Les patients évoquent une perte d'intérêt à consulter leur médecin traitant depuis le traitement pour le cancer. Le suivi régulier hospitalier avec examen clinique et biologique est jugé suffisant pour sept patients. Deux patients évoquent un manque de compétence du médecin traitant, défini par un adressage direct au spécialiste et/ou une non-réponse aux questions concernant le cancer.

P13 : « Une fois avec le médecin traitant, je n'étais pas très bien je lui en ai parlé, et elle m'a dit qu'elle ne connaissait pas très bien les effets des chimiothérapies. Donc effectivement, les effets des chimios j'en parle avec mon oncologue. Je n'en parle pas à mon médecin généraliste qui effectivement ne peut pas tout savoir par rapport à tous les cancers et tous les traitements qui sont envisagés pour ça, ce n'est pas possible. Donc tout ce qui concerne le cancer lui-même, je pose des questions spécifiques à l'oncologue. »

Deux patients délaissent la prise en charge d'autres pathologies en se focalisant sur le cancer.

P1 : « [Mes autres problèmes] sont passés au second plan. Pour mes oreilles, ça fait un an que je n'ai pas été, donc ça fait un an que je suis sourd d'une oreille. J'ai le traitement pour le cancer, donc je ne peux pas faire autrement. »

De plus, sept patients ont déjà eu un renouvellement d'ordonnance réalisé par l'oncologue. Cependant, cela n'a pas été réitéré par refus de l'oncologue avec incitation à la consultation du médecin traitant.

Enfin, une mauvaise relation médecin traitant - patient peut être un frein à la consultation. Un patient évoque une insatisfaction du lien par manque de confiance. Deux autres évoquent la présence régulière d'un remplaçant, avec un manque de confiance envers lui, une moins bonne disponibilité ou proximité relationnelle, ou un temps de consultation estimé trop court.

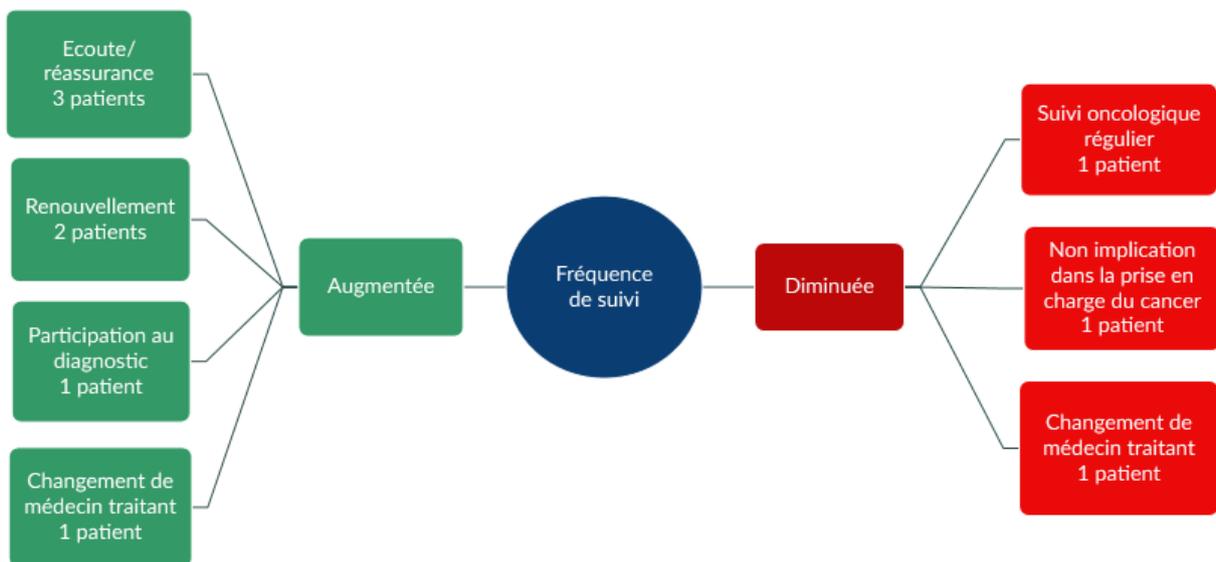
P9 : « *Si c'est le remplaçant qui vient, ce n'est pas pareil, on ne peut pas parler comme je parle avec mon médecin. Parce que moi, quand j'ai le médecin qui vient à la maison, si je veux parler du beau temps on parle du beau temps, quand on veut parler de la pluie, on parle de la pluie. [...] La dernière fois, [le remplaçant] est venu, je toussais, il n'a rien fait* »

7. MODIFICATION RELATION MÉDECIN TRAITANT – PATIENT

Depuis le début de la prise en charge du cancer, onze patients sur treize ont rapporté une modification de leur relation avec leur médecin généraliste. La relation a été modifiée soit de manière quantitative (augmentation ou réduction du nombre de consultation), soit de manière qualitative (modification de la proximité, de la confiance ou de la disponibilité).

La fréquence de suivi a été modifiée pour dix patients, avec une augmentation pour sept patients et une diminution pour trois patients. L'ensemble des facteurs de modifications peuvent être retrouvés dans la Figure 8.

Figure 8 : Principales modifications de la fréquence de suivi



L'intensification du suivi est majoritairement en lien avec le cancer. La recherche d'écoute et de réassurance est la raison la plus fréquemment rapportée (par trois patients).

P6 : « J'ai déjà le problème d'avoir un morceau de poumon en moins. J'ai déjà des problèmes, de respiration, je manque souvent d'air quand je fais un effort, donc je me dis avec le rhume ça va me bloquer encore plus. Je préfère aller voir mon médecin traitant pour être sûr que tout va bien. »

Les autres raisons évoquées par les patients sont dans l'ordre décroissant le renouvellement d'arrêt de travail ou de traitement antalgique, la participation au diagnostic (grâce à une augmentation de la confiance et de la proximité relationnelle) et le changement de médecin traitant.

P13 : « C'est elle qui a tout fait. C'est elle qui s'est inquiétée pour moi et donc effectivement je lui dois une fière chandelle. J'ai une grande confiance depuis [...] et j'y vais plus régulièrement »

La diminution de la fréquence de suivi est en lien avec un suivi oncologique régulier, une absence d'implication dans la prise en charge du cancer (avec perte de confiance) et un changement de médecin traitant.

P12 : « *J'y vais moins souvent [voir mon médecin traitant], [...] je suis plus suivi [en oncologie]* »

Trois patients ont changé de médecin traitant depuis le diagnostic du cancer. Cependant, ces changements n'étaient pas liés à la prise en charge du cancer. Un seul patient a changé à cause d'un mauvais lien avec son médecin, avec absence de confiance et de proximité relationnelle préexistant. Pour les deux autres patients, l'un décrit sa relation avec son nouveau médecin traitant comme similaire à celle avec le précédent, l'autre a eu une diminution de la proximité relationnelle, à l'origine d'une diminution du suivi.

Les autres éléments ayant modifié la relation médecin traitant - patient sont la diminution du délai de rendez-vous en lien avec le cancer pour deux patients et la réalisation de visite à domicile pour un patient. Aux dires des patients ces éléments n'ont cependant pas modifié la fréquence de suivi.

P9 : « *Depuis mon cancer, maintenant quand j'appelle j'ai un rendez-vous tout de suite* »

Selon les patients, la personne à l'origine de la modification de la relation avec le médecin traitant est soit le médecin traitant (pour six patients), soit le patient lui-même (pour quatre patients), soit l'oncologue (pour un patient).

Lorsque le médecin traitant est à l'origine du changement dans la relation, les patients relatent comme cause une absence d'implication de sa part dans la prise en charge du cancer, l'augmentation de la disponibilité du médecin généraliste, la nécessité de faire renouveler des arrêts de travail ou des traitements, ou le changement de médecin traitant.

Quand ils sont à l'origine du changement, les patients rapportent le besoin de réassurance et le choix d'un suivi essentiellement hospitalier.

P6 : « *J'y vais un peu plus souvent, parce que y'a quand même la hantise d'avoir quelque chose de grave, [depuis mon cancer].* »

Un patient évoque l'oncologue comme étant à la source de ce changement de relation avec le médecin traitant du fait de son refus de réaliser les renouvellements d'ordonnance ou les arrêts de travail.

P3 : « *J'avais demandé au pneumologue s'il pouvait me faire les arrêts de travail. Il m'a dit non, faut continuer d'aller voir votre médecin traitant, donc c'est ce que je fais.* »

DISCUSSION

1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Sur les 13 patients interrogés, quasiment tous les patients disent être suivis par leur médecin traitant. Ils décrivent leur relation avec leur médecin traitant comme bonne, bien que la moitié seulement le considèrent comme impliqué dans la prise en charge de leur cancer. Les rôles essentiels du médecin traitant selon les patients restent la coordination des soins et les consultations de premier recours.

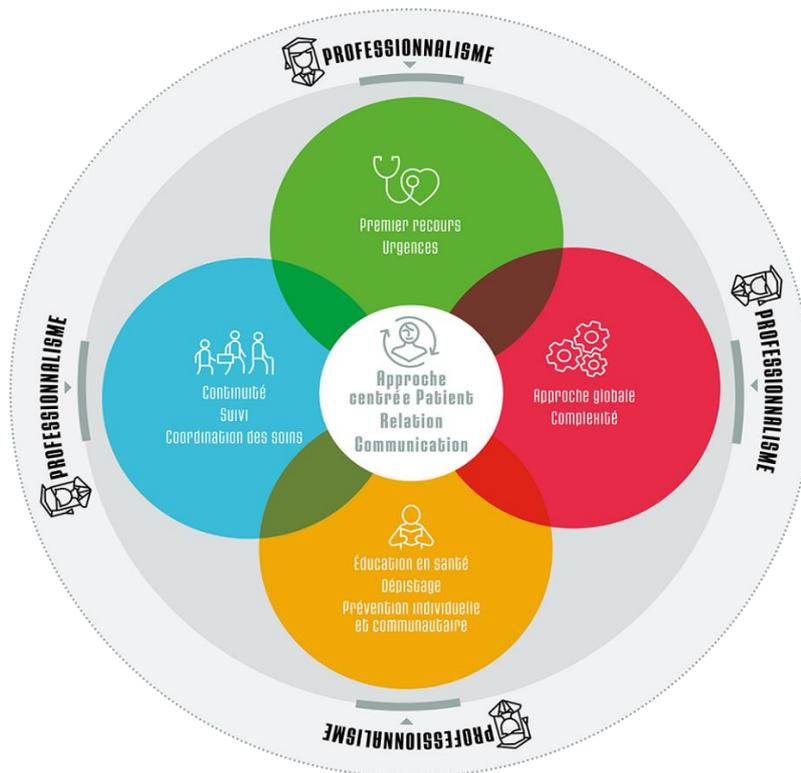
La majorité des patients considèrent ne pas avoir d'attente spécifique envers leur médecin traitant concernant la prise en charge du cancer, du fait d'un suivi hospitalier rapproché et du fait qu'ils considèrent leur médecin traitant comme non compétent sur les problématiques en lien avec le cancer.

Néanmoins quasiment tous les patients estiment que leur relation avec leur médecin traitant a changé, avec une nécessité de consulter davantage qu'avant le diagnostic de cancer pour la moitié des patients, avec des délais plus rapides, et de moins consulter pour un quart des patients.

2. FAIRE VALOIR LE RÔLE DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE TRAITANT

Nous avons pu mettre en avant les multiples rôles du médecin traitant, avec par ordre décroissant selon les patients, celui de coordinateur, de prescripteur, de premier recours, de prévention, d'écoute et de réassurance, et de référent cancer. Cela correspond à la définition européenne de la médecine générale (14), aux attentes des instances publiques françaises (15) et à ce qu'on peut retrouver dans des thèses d'exercice de médecine générale (16). Cela fait écho à la marguerite des compétences du médecin généraliste (Figure 9), issue d'un consensus d'enseignants de médecine générale (17).

Figure 9 : Les compétences du médecin généraliste



Cependant, les rôles de prévention et de référent cancer sont peu mis en avant par les patients dans notre étude (pour rappel 3 patients et 1 patient sur 13 respectivement).

a. Inciter à la prévention

Les patients de l'étude mettent en avant la mise en place d'actes dont les objectifs sont de diminuer l'incidence d'une maladie, de favoriser un dépistage précoce des maladies et de réduire les séquelles d'une maladie. Cela correspond aux niveaux de prévention définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (18).

Dans cette étude, nous pouvons remarquer la présence de comorbidités, notamment les trois premières causes de mortalité prématurée (cancéreuses autres, cardiovasculaires et respiratoires) à l'échelle de la France en 2021 (19). Une étude de cohorte prospective de patients diagnostiqués et traités pour un cancer entre 1998 et 2003 a été réalisée aux États-Unis et indique qu'entre 40% et 70% d'entre eux présentent des comorbidités (augmentation avec l'âge) et que les comorbidités les plus fréquemment rencontrées pour le cancer bronchopulmonaire sont l'hypertension artérielle pour 37,7%, les maladies respiratoires pour 28,5%, l'angor pour 19% et les antécédents de tumeur solide pour 18% (20).

L'incidence des cancers augmente avec l'âge, tout comme l'incidence des autres maladies chroniques (19). Les comorbidités vont influencer les décisions de traitement du cancer et la survie à court et moyen terme (21). Un projet est en cours en France pour analyser les interactions entre comédications/comorbidités et le pronostic des patients traités pour un cancer en France (projet COMBICANCER).

En 2014, l'étude ECOGEN (Eléments de CONsultation en médecine GENérale) (22), nous montre que 22% des consultations de médecine générale sont axées en partie sur le thème « gestion de la santé/médecine préventive », et que dans 53% des cas, ce thème de consultation n'était pas initié par le patient, mais par le médecin.

Au vu de l'incidence croissante des pathologies chroniques et du peu d'information des patients sur le rôle de prévention, il pourrait être intéressant de mettre en place des mesures d'information à destination des patients sur l'existence de la prévention et de son importance (affichage dans le cabinet de médecine générale et à l'hôpital, ou information délivrée oralement lors de consultations), en favorisant des consultations dédiées.

b. Difficultés dans le suivi du cancer

Concernant la prise en charge du cancer, le médecin traitant est informé selon les patients, mais peu impliqué (en dehors de la phase de diagnostic), avec des consultations dont le motif « cancer » est rare, voire inexistant pour la majorité des patients. D'après l'Observatoire de Médecine Générale (23), en 2009, un médecin généraliste suivait en moyenne 20,4 patients atteints de cancer. Le motif de consultation « cancer » représentait seulement 1,6% des consultations en médecine générale (24). Ce pourcentage de consultation semble paradoxalement faible par rapport au nombre de cas de cancer.

La majorité des patients sont satisfaits du niveau d'implication et n'ont pas d'attentes spécifiques envers leur médecin traitant par rapport à la prise en charge du cancer. Plusieurs explications sont amenées par les patients : le suivi très régulier à l'hôpital, l'oncologue considéré comme le référent cancer, le manque de compétence spécialisée du médecin traitant et la modification du lien avec le médecin traitant. Ces résultats sont en cohérence avec la littérature internationale (25).

Dans notre étude, certains patients ont décrit une diminution du suivi depuis la prise en charge du cancer, en lien avec le niveau d'implication et le peu d'attentes envers leur médecin traitant pour le suivi du cancer. En France, comme dans d'autres pays, la perte de vue des patients atteints de cancer tout au long du traitement actif est une problématique régulièrement abordée (26).

A l'heure actuelle, des moyens existent pour favoriser la poursuite du lien avec le médecin traitant avec des cotations spécifiques, notamment sur l'annonce d'une pathologie grave ou sur le suivi à domicile. La demande de prise en charge en Affection Longue Durée est effectuée par le médecin traitant, mesure permettant de rappeler au patient que le médecin traitant reste toujours le coordinateur de sa prise en charge globale. La mise en place de consultations spécifiques « cancer » pourrait être favorisée par une cotation « durée longue » en cabinet.

Il semblerait également important d'impliquer l'oncologue dans la recherche d'un investissement du patient dans sa prise en charge globale avec son médecin traitant. Il pourrait insister sur les rôles du médecin traitant et refuser de réaliser les renouvellements des traitements chroniques (comme cela a été souligné dans les résultats)

3. PRIVILÉGIER UNE RELATION DE CONFIANCE MEDECIN TRAITANT – PATIENT

Les patients de notre étude définissent le pivot de leur relation avec leur médecin traitant par une relation de confiance. La confiance fait partie intégrante de la déontologie médicale, comme rappelée dans le serment d'Hippocrate. (27)

a. Déterminants de la confiance

Dans cette étude, plusieurs facteurs modifiant la confiance ont été retrouvés : faible délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, écoute et réassurance, actions de prévention, participation au diagnostic du cancer avec orientation rapide. Ces facteurs sont modifiables et médecin - dépendants et sont superposables à une thèse d'exercice réalisée en 2021 (28).

D'autres facteurs ont été retrouvés dans notre étude, mais plus en lien avec une proximité relationnelle et non retrouvés de manière significative par la précédente thèse : durée de suivi longue (supérieure à 5 ans), différence d'âge minime (inférieure à 5 ans), discussions sur d'autres sujets que médicaux et proximité du logement et des activités extra-professionnelles du praticien. Un lien de corrélation entre l'ancienneté du suivi et le niveau de confiance avait été retrouvée dans deux études françaises (29, 30).

b. Bénéfices

La confiance est le principal élément qui a été retrouvé comme modificateur de la relation médecin-patient, de manière qualitatif et quantitatif (c'est-à-dire le nombre de consultation). Les freins à la consultation du médecin traitant, soit en lien avec le cancer (suivi pluriprofessionnel et spécialisé en oncologie, cancer au premier plan), soit avec le relationnel (changement de médecin traitant, présence d'un remplaçant, mauvais lien), étaient abolis par une relation de confiance. Plusieurs études rapportent l'effet bénéfique d'un bon niveau de confiance en son médecin sur l'adhésion au soin des patients, avec un rôle actif du patient dans sa prise en charge (31).

Du fait de l'amélioration de la qualité des soins attendue par une adhésion des patients aux soins, ainsi qu'un suivi régulier oncologue - médecin traitant, il semble important de maintenir et entretenir la confiance médecin traitant - patient tout au long de la prise en charge du cancer.

4. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Le principal point fort de cette étude est son originalité avec une étude qui passe par des entretiens de patients, et non de médecins. La réalisation d'entretiens de patients dans le cadre de la prise en charge active d'un cancer est une méthodologie rarement retrouvée dans la littérature médicale.

De plus, la population d'étude est représentative de la population cible (caractéristiques socio-démographique, nombre de comorbidités, répartition stade du cancer proches) (1). Il existe également une bonne répartition des patients en termes de durée de suivi depuis le diagnostic, permettant une analyse à différents stades d'un cancer dont le pronostic reste encore sombre (3).

La méthodologie de l'étude est robuste. Les patients étaient pris en charge par plusieurs praticiens, qui n'ont pas été impliqués directement dans cette étude afin d'éviter de potentiels biais. La sélection des patients pour la réalisation des entretiens a été faite de manière aléatoire. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis avant le début de l'étude, sans modifications ultérieures. La saturation des données a été atteinte, avec deux entretiens supplémentaires.

L'investigateur réalisant les entretiens n'était pas connu des patients et n'avait pas de lien avec leur prise en charge, limitant un potentiel biais de « désirabilité sociale » (les patients étaient néanmoins informés qu'il s'agissait d'une interne de médecine générale) .

Enfin, la réalisation d'entretien semi-dirigés a permis d'explorer un ensemble d'éléments qui peuvent déterminer le suivi (ou sa perte) avec le médecin traitant.

En dehors des limitations déjà connues en lien avec le type d'étude, trois patients ont présenté des difficultés d'élaboration, en lien avec une altération de l'état général (chimiothérapie en cours, comorbidités, progression tumorale), ou de possibles troubles neurocognitifs débutants (métastases cérébrales, âge avancé).

Le schéma de thèse qualitative ne permet pas de conclure à des facteurs prédictifs de perte de lien. En effet, nous évaluons des opinions, des croyances ou des sentiments de personne avec une observation subjective.

Chaque service d'oncologie a son propre fonctionnement, et celui de l'hôpital de Dieppe n'est pas forcément comparable à d'autres structures. À titre d'exemple, au sein du service de pneumologie du CHU de Rouen, la validation des chimiothérapies ou immunothérapies toutes les trois semaines sont faites par des internes (avec des changements tous les trois mois) et les patients sont vus par leur oncologue tous les deux à trois mois en consultation. Il est possible que le type de prise en charge oncologique soit corrélé à une perte de vue avec le médecin traitant.

Le territoire étudié spécifique (la région dieppoise) peut également être une limite, car l'accès aux spécialistes et au médecin traitant est variable d'un territoire à un autre, limitant l'extrapolation de ces résultats à l'ensemble du territoire (32).

Enfin, l'exploration de patients uniquement dans le cadre du cancer broncho-pulmonaire est à la fois un point fort (sujet de préoccupation publique, par sa fréquence et son mauvais pronostic) et une limite (difficultés d'extrapolation à d'autres néoplasies).

CONCLUSION

Le cancer broncho-pulmonaire est un sujet de préoccupation de santé publique, étant donné sa fréquence et son pronostic sombre. Il est montré que la continuité des soins améliore la qualité des soins et permet une réduction de la mortalité.

L'incidence croissante des pathologies chroniques ainsi que la présence fréquente de comorbidités nous montrent l'intérêt de la poursuite d'un suivi rapproché avec le médecin traitant chez les patients pris en charge pour un cancer. Cependant, ces patients semblent accorder peu d'importance à poursuivre le suivi de leurs comorbidités connues et à la prévention d'autres comorbidités potentielles. Ils ont peu recours à leur médecin traitant pour ces différents domaines et modifient le suivi avec leur médecin traitant lors de la prise en charge active du cancer (intensification du suivi pour certains, ou au contraire allègement pour d'autres).

Pour ces différentes raisons, il semble important d'inciter le patient à rester actif dans son suivi médical et en particulier de l'inciter à maintenir son médecin traitant au cœur de la prise en charge globale de sa santé.

Plusieurs moyens peuvent être utilisés, la création de consultations dédiées à la prévention, d'autres dédiées au cancer, tout en entretenant une relation de confiance médecin-patient tout au long de la vie du patient.

La principale limite de ce travail étant la difficulté d'extrapolation des données, il serait intéressant de réaliser des entretiens de patients dans d'autres structures (autres hôpitaux périphériques, centres privés, centres hospitalo-universitaires) et avec des populations différentes (patients atteints d'autres types de cancer). Ces nouvelles études permettraient d'évaluer si les résultats de notre étude sur le suivi des patients par leur médecin traitant durant la prise en charge d'un cancer sont également retrouvés ou non dans d'autres situations.

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé publique France. Cancers [Internet]. 2024.

Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>

2. Organisation mondiale de la santé. Cancer : une charge toujours plus lourde dans le monde et des besoins en services croissants [Internet]. Communiqué de presse, 2024.

Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>

3. Defossez G et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. SaintMaurice (Fra): Santé publique France, 2019. 372 p.
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. Dépistage du cancer broncho-pulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : actualisation de l'avis de 2016.

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/icms/p_3310940/fr/depistage-du-cancer-bronchopulmonaire-par-scanner-thoracique-faible-dose-sans-injection-actualisation-de-l-avis-de-2016

5. Institut national du cancer. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Stratégie de lutte contre les cancers en France. [Internet] 2021.

Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-delutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>

6. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, et al. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006;23(3):308–316
7. Leleu H, Minvielle E. Relationship between longitudinal continuity of primary care and likelihood of death: analysis of national insurance data. *PLoS One*. 2013;8(8):e71669.
8. Lansonneur A. Le rôle de l'oncologue et sa collaboration avec le médecin généraliste dans la prise en charge du patient atteint de cancer. Thèse d'exercice. Tours. 2019
9. Paradiso A, Nitti P, Frezza P, Scorpiglione N. A survey in Puglia: the attitudes and opinions of specialists, general physicians and patients on follow-up practice. *G.S.Bio.Ca.M. Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 1995;6 Suppl 2:53 6.
10. Orsini L. Place du médecin généraliste dans la prise en charge en cancérologie. Thèse d'exercice. Nice. 27 mars 2017;121.

11. Sisler JJ, Brown JB, Stewart M. Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* Juin 2004;50:889#96.
12. Aubin M, Vézina L, Verreault R, et al. Family physician involvement in cancer care follow-up: the experience of a cohort of patients with lung cancer. *Ann Fam Med.* 2010;8(6):526–532.
13. M. Trimbur, L. Plancke, J. Sibeoni. Réaliser une étude qualitative en santé. Guide méthodologique. 2022
14. The european definition of general practice / family medicine. WONCA Europe. [Internet]. 2023

Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/kb/european-definition-gp-fm-2023>

15. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Internet]

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

16. Reny JB. Information au sujet de la santé : quelles sont les attentes des patients envers leur médecin traitant ? Thèse d'exercice. Lyon. 2020
17. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Mission Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé & Collège National des Généralistes Enseignants. Berger-Levrault Ed. Paris 2010
18. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé. 1946
19. Fouillet A, et al. Grandes causes de mortalité en France en 2021 et tendances récentes. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire.* 2023;(26):554-69.
20. Piccirillo JF, et al. The Changing prevalence of comorbidity across the age spectrum. *Critical reviews of Oncology/Hematology,* 2008.
21. Extermann M. Interaction Between Comorbidity and Cancer. *Control* 2007 ; 14 : 13-22

22. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer. avr 2014;(114):148-57

23. Observatoire de la Médecine Générale (OMG). Informations épidémiologiques sur les cancers et leur prise en charge en ville. [Internet] 2009

Disponible sur : <http://omg.sfmfg.org/content/donnees/donnees.php>

24. Observatoire de la Médecine Générale (OMG). Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville. [Internet] 2009

Disponible sur : <http://omg.sfmfg.org/content/donnees/donnees.php>

25. Jiwa M, McManus A, Dadich A. The impact of knowledge, attitudes and beliefs on the engagement of primary and community-based healthcare professionals in cancer care: a literature review. Curr Med Res Opin. 2013 Nov;29(11):1475-82.

26. 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.

27. Conseil national de l'ordre des médecins. Le serment d'Hippocrate. Le serment d'Hippocrate. [Internet]. Revu en 2012.

Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate#sommaire-id-0>

28. Dutac C. Déterminants de la confiance en son médecin généraliste : étude observationnelle transversale chez des consultants en soins primaires en Basse-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2021.

29. Sixou P. Vers un outil de mesure de la confiance du patient envers son médecin généraliste: Validation de l'adaptation culturelle française de l'échelle de confiance de Wake Forest. 64 f. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.

30. Depoisier T. L'utilisation d'outils techniques en pratique de médecine générale a-t-elle un impact sur la relation de confiance médecin-patient? 49 f. Thèse d'exercice : Médecine : Faculté de Médecine Aix-Marseille.; 2015.
31. Trachtenberg F, Dugan E, Hall MA. How patients' trust relates to their involvement in medical care. J Fam Pract. Avr 2005;54(4):344-52
32. INCa. Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon dans plusieurs régions de France. INCa; 2012. 104 p.

Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr>

Annexe 1 : Note d'information et recueil du consentement



Déléguée à la protection
des données

THESE MEDECINE GENERALE

Madame, Monsieur,

Je suis interne de médecine générale et je réalise un travail de thèse sur le lien avec votre médecin traitant. Pour obtenir les informations nécessaires à mon travail, j'aimerais réaliser un entretien avec vous, d'une durée approximative de **20 minutes**.

Quand ? Pendant une prochaine cure de chimiothérapie

Où ? Dans l'hôpital de jour d'oncologie

L'ensemble des données récoltées seront **anonymisées**

Si vous êtes d'accord pour participer à cette thèse et la réalisation de l'entretien, vous pouvez remplir le consentement qui est fourni sur la troisième page. Pour obtenir plus de détails, concernant la protection de vos données, vous pouvez trouver un complément sur la page suivante.

Marylène Vermeersch
Interne de Médecine Générale

INFORMATIONS RELATIVES A LA PARTICIPATION A UNE ETUDE

Madame, Monsieur,

Etudiante en médecine générale à l'Université de Rouen, je réalise ma thèse sur le suivi des patients en médecine générale atteints d'un cancer broncho-pulmonaire. A ce titre, je vous sollicite pour participer à un entretien visant à déterminer vos motivations et freins à la consultation de votre médecin traitant.

Afin de vous contacter, j'ai obtenu vos noms et coordonnées auprès du service d'oncologie de l'hôpital de Dieppe, sur la base juridique de la mission d'intérêt public (recherche scientifique) dont est investie l'Université de Rouen Normandie. Ces données seront supprimées à l'issue de notre entretien si vous consentez à y participer, lorsque vous m'aurez notifié votre refus d'y participer, ou dans un délai de 30 jours sans réponse de votre part.

Au sujet des données personnelles vous concernant issues de l'entretien, leur utilisation est basée sur votre consentement. Vous pouvez le retirer à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait. Si vous refusez que vos données personnelles soient utilisées, vous ne pourrez pas participer à cette étude.

Avec votre accord, notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio qui sera détruit dès retranscription écrite. Les données issues de ces entretiens seront, quant à elles, supprimées ou anonymisées dans un délai maximum de trois mois suivant la soutenance de ma thèse.

La seule personne, autre que moi-même, susceptible d'accéder aux données vous concernant est le Dr Antoine Grégoire, directeur de ma thèse. Aucune information directement identifiante vous concernant ne figurera dans la thèse produite.

Vous disposez de droits sur vos données, vous pouvez ainsi :

- Demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant
- Demander la rectification ou l'effacement de ces données
- Vous opposer au traitement
- Demander la portabilité de vos données
- Définir des directives relatives au sort des données après votre mort

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen qui peut être contacté :



par mail à l'adresse dpo@univ-rouen.fr



par courrier à l'adresse

Délégué à la protection des données,
Direction des affaires juridiques et statutaires,
Université de Rouen Normandie,
1 rue Thomas Becket,
76821 MONT SAINT AIGNAN.

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. En France, cette autorité est la CNIL.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement au traitement de données personnelles

Je, soussigné(e) consens au traitement de mes données à caractère personnel par Mme Marylène Vermeersch, pour la réalisation d'une étude portant sur le suivi des patients en médecine générale atteints d'un cancer broncho-pulmonaire et entrant dans le cadre de sa formation en médecine générale à l'Université de Rouen Normandie.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la page 1 de ce document « Informations relatives à la participation à une étude » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

Consentement à l'enregistrement audio

J'autorise Mme Marylène Vermeersch à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons eu ce jour pour les besoins de son étude.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

Je consens au traitement de mes données à caractère personnel pour cette thèse

Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien

Fait à :

Le :

Signature :

Annexe 2 : Avis du Comité de Qualification des Projets de Recherche



Délégation Hospitalo-universitaire à la recherche
Commission d'évaluation scientifique des projets de recherche
CHU de Rouen-Hôpitaux de Rouen • Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen
Hôpital Charles Nicolle - 76031 ROUEN Cedex

COMITE DE QUALIFICATION DES PROJETS DE RECHERCHE

Membres : Fabienne TAMION, Gilles GARGALA, Marie-Pierre TAVOLACCI, Thierry LEQUERRE, Guillaume SAVOYE, Jeremy BELLIN

Membres de la DRCI à titre permanent : Ali BOUNACER, Delphine PICOCHÉ

Adresse de contact : secretariat.drc@chu-rouen.fr

Le Comité de Qualification des Projets de recherche a été saisi d'une demande d'avis consultatif pour le projet suivant :

Investigateur principal	VERMEERSCH Marylène
Service - Etablissement d'appartenance ou Ecole de Formation	Médecine Générale
Nom de l'Encadrant (de thèse, mémoire) et établissement d'appartenance (le cas échéant)	Dr Antoine GREGOIRE, pneumologue CH Dieppe
Titre du projet	Suivi des patients en médecine générale atteints d'une néoplasie pulmonaire
Type de recherche	Monocentrique
N° d'enregistrement	1233

La Comité de qualification a procédé à l'examen de ce dossier le 22/06/2023 et a émis l'avis final suivant :

Votre projet est qualifiée de Recherche Impliquant la Personne Humaine de catégorie 3° selon la Loi Jardé

Il est soumis à : Avis favorable CPP (Cf. [Cadre réglementaire des recherches](#))

Pour le montage et l'étude de faisabilité de votre projet, merci de contacter le secrétariat de la DRCI secretariat.drc@chu-rouen.fr pour vous mettre en contact avec un chef de projet.

Annexe 3 : Guide d'entretien

1. Considérez-vous être suivi par votre médecin traitant ?

Relances :

- Depuis combien d'années êtes-vous suivi par votre médecin traitant actuel?
- Combien de fois par mois voyez-vous votre médecin traitant ?
- Êtes-vous suivi par d'autres médecins que votre médecin traitant ? Si oui combien de fois par an ?

2. Pouvez-vous décrire votre lien/relation avec votre médecin traitant ?

Relances :

- Si je vous parle de confiance qu'en pensez-vous ?
- Si je parle de disponibilité, qu'est-ce que ça vous évoque ?
- Certains patients m'ont évoqué une obligation, qu'en pensez-vous ?
- Que pensez-vous de ce lien ?
- Comment était votre lien avec vos anciens médecins traitant ?

3. A quels stades de la prise en charge de votre cancer avez-vous senti votre médecin traitant impliqué ?

Relances :

- Comment s'est passé le début de votre prise en charge ?
- Comment savez-vous si votre médecin est impliqué ou non ?
- Comment abordez-vous le cancer avec votre médecin traitant ?

4. Quelles sont vos attentes envers votre médecin traitant ?

Relances :

- Qu'attendez-vous de votre médecin traitant concernant votre suivi de manière globale ?
- Qu'attendez-vous de votre médecin traitant concernant votre cancer ?
- Si vous n'avez pas d'attente, quelles en sont les raisons ?
- Quel est le rôle de votre médecin traitant ?

5. Quels sont les motifs motivant une consultation chez votre médecin traitant ?

Relances :

- Je peux vous citer pour vous aider : *Renouvellement, effets indésirables des traitements par chimiothérapie ou immunothérapie, douleurs, vaccination, arrêt de travail, déclaration ALD, bon de transport*
- Quel est le motif de la dernière consultation ?
- Quelle est la place de votre famille dans votre suivi ?

6. Quels sont les éléments qui font que vous ne consultez pas votre médecin traitant ?

Relances :

- Quelle est la place de votre lien avec votre médecin traitant dans le fait d'aller le consulter ?
- Quelle est la place du suivi du cancer par rapport à d'autres problématiques de santé ?
- Est-ce que ça arrive qu'un autre médecin réalise les renouvellements des traitements ?
Si oui pourquoi ce n'est pas réalisé systématiquement par ce médecin ?

7. D'après vous quels sont les éléments qui ont le plus modifié votre relation avec votre médecin traitant ?

Relances :

- Quelle est la place de votre médecin traitant dans votre suivi de cancer ?
- Quelle est la place de votre cancer dans votre vie et par rapport aux autres pathologies ?
- Votre changement de médecin traitant a-t-il modifié votre lien ?

8. (si le patient a émis le fait d'avoir une modification de son lien) A quel intervenant attribuez-vous la modification de votre lien avec votre médecin traitant ? : votre médecin traitant, votre oncologue, votre famille ou vous-même

RÉSUMÉ

Introduction – Le cancer broncho-pulmonaire est une pathologie fréquente et de mauvais pronostic, dont l'impact est majeur pour les patients. La perte de vue dans le suivi avec le médecin traitant est une problématique courante, avec des conséquences sur la morbi-mortalité.

Matériels et Méthodes – Une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de patients ayant un cancer broncho-pulmonaire nécessitant un traitement par chimiothérapie ou immunothérapie sur l'hôpital de Dieppe pour évaluer le suivi des patients par leur médecin traitant.

Résultats – Treize entretiens ont été réalisés. Les patients se considèrent suivis par leur médecin traitant et décrivent une bonne relation médecin - patient. La moitié considère leur médecin traitant comme impliqué dans la prise en charge du cancer, la majorité dit ne pas avoir d'attente spécifique envers leur médecin traitant pour la prise en charge du cancer. Les freins à la consultation sont directement en lien avec le cancer (suivi oncologique spécialisé rapproché, compétences du médecin traitant en oncologie jugées insuffisantes, cancer au premier plan dans les préoccupations du patient) ou en lien avec des problématiques d'ordre relationnel (absence de confiance, présence régulière d'un remplaçant). Les patients estiment que leur relation avec leur médecin traitant a changé, avec une nécessité de consulter davantage qu'avant le diagnostic de cancer pour la moitié des patients, et de moins consulter pour un quart des patients. La prévention et le suivi du cancer sont deux domaines de compétences peu mis en avant par les patients. La confiance a été identifiée comme le principal facteur de la relation médecin-patient, dont va dépendre la qualité de cette relation et la fréquence de suivi.

Discussion – Il semble important de favoriser la poursuite du suivi avec le médecin traitant auprès des patients en cours de prise en charge d'un cancer broncho-pulmonaire, en incitant les patients à consulter pour la prise en charge de leurs comorbidités et pour de la médecine préventive. Des travaux complémentaires s'intéressant à des patients pris en charge dans d'autres types de structures et atteints d'autres pathologies cancéreuses permettraient une extrapolation de ces résultats.

Mots clés : Cancer broncho-pulmonaire ; médecine générale ; médecin de famille ; relation médecin-patient ; confiance