



Place de la Médecine générale dans la prise en charge oncologique : étude MGPEC-ONCO

Damien Tomasso

► To cite this version:

Damien Tomasso. Place de la Médecine générale dans la prise en charge oncologique : étude MGPEC-ONCO. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298558

HAL Id: hal-03298558

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298558>

Submitted on 18 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du Troisième cycle de Médecine Générale

Par
Damien TOMASSO

Le 2 Octobre 2019

**Place de la Médecine Générale dans
la prise en charge oncologique**
Étude MGPEC-ONCO

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Thierry CONROY

Président du Jury

Monsieur le Professeur Didier PEIFFERT

Juge

Madame le Docteur Frédérique CLAUDOT

Juge

Madame le Docteur Laurène MILLET-MALLINGREY

Directrice et Juge

Madame le Docteur Aline HENRY

Juge



1^{er} septembre 2019

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

SIDES : Dr Julien BROSEUS

Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Pr Guillaume VOGIN

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Pr Mathias POUSSEL

International : Pr Jacques HUBERT

Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER –
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY -
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE -
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE –
Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE -
Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER –
Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE –
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS –
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET -
Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER –
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
- Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND –
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT –
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER –
Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS –
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER –
Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY -
Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI –
Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT –
Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –

Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –

Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie, et cytogénétique*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –
Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (*Immunologie*)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (*Neurochirurgie*)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3° sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteure Kénora CHAU

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996) *Université de
Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Dédicaces

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur Thierry CONROY

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier en Cancérologie

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Nous vous remercions d'avoir à cœur d'assurer aux internes une formation de grande qualité.

Nous vous remercions de la confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Didier PEIFFERT,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier en Radiothérapie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur Frédérique CLAUDOT,

Maitre de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier en Santé Publique

Nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir
accepté de siéger dans notre jury de thèse.

Recevez l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE

Madame le Docteur Laurène MILLET-MALINGREY

Docteur en médecine Générale

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail.

Depuis le début tu as accepté de me soutenir, de m'apporter tes compétences de terrain et surtout de me donner de ton temps si précieux. Merci aussi de m'avoir permis de pratiquer moi qui ait si peur de perdre mes acquis en médecine de ville.

Soyez assurée de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Aline HENRY

Docteur en médecine Générale

Tu me fais l'honneur de siéger dans mon jury.

Tu m'as soutenu dès le début du projet, en m'apportant tes connaissances et tes encouragements. Tu as su m'entourer, me guider pour que ce projet de longue haleine aboutisse. Grâce à toi j'ai pu découvrir le plaisir de la recherche et des soins palliatifs, merci pour le temps que tu as su m'accorder tout au long de ces trois années.... J'espère qu'elles ne seront pas pour toi un mauvais souvenir.

Tu es avant tout un guide pour moi par ton humilité ta bienveillance auprès des patients... J'espère un jour m'approcher de la médecine que tu fais, car c'est une belle médecine

Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

Aux médecins qui m'ont entouré

Au Docteur Lamouille, qui m'a soutenu dans le DESC, qui a su prendre du temps pour mon article et m'aider par ses nombreuses relectures. Merci pour votre partage de connaissance

Au Docteur Crétineau, qui m'a fait découvrir les soins de supports, qui m'a supporté deux fois 6 mois, tes visites me manqueront tu es un de mes modèles

Au Docteur Rozaire qui m'a fait tant aimer la médecine générale

Aux Docteurs El Marjani et Leveque qui m'ont fait découvrir avec passion le monde de l'hospitalisation à domicile

A ma famille qui est là depuis toujours...

A ma mère qui depuis si longtemps me soutient, me relis me corrige.... La pauvre elle en a eu du boulot

A mon père qui est fier de moi et qui est là pour moi depuis toujours le seul épargné par la relecture le chanceux

A ma sœur qui malgré ses occupations familiales a toujours été présente et elle aussi a dû corriger mes coquilles pour compléter ses journées chargées

A Patrick qui est là depuis 5ans, qui me soutient dans toutes les épreuves qui me supporte et sans qui je ne serais pas celui que je suis devenu

A mon neveu Raphael et ma nièce Mia, vous avez commencé à grandir loin de moi mais je me rattraperai

... Je vous aime

A mes grands-parents, Tomasso et Coste qui sont fiers de moi et ont réussi à suivre de près tout mon parcours

A Tata toujours aussi vaillante

A ma marraine qui sera peut-être à l'heure le jour de ma thèse mais qui de tout façon me soutiendra même de loin

A mes co-internes et amis : PAL, JP, Clem, Cécile, Yoyo, Lauriane, JL, Fanny, Nico, JB, PB, Julie, Maxime, et tous les autres avec qui ces trois dernières années sont passées si vite

Aux équipes soignantes, Annabelle, Amandine, Eve, Céline, Angélique, Oussila, Marie, Mélissa, Virginie, Lucie, Pauline... grâce à qui j'ai appris mon métier de soignant je vous dois tant

Au personnel de l'ICL, Mme Fernandes et son équipe pour le protocole de recherche. A Mme Laurent et son équipe pour la distribution des questionnaires, a Julia et Florian pour leur aide précieuse pour les tableaux et résultats. A Mesdames Dominique Tinchant, Aline Gigout et Cathy Mayer sans qui ma recherche n'aurait pas eu lieu....

A tous ceux qui m'ont permis d'avancer et de présenter ce travail aujourd'hui
un grand merci

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	19
1. INTRODUCTION.....	20
1.1. La Médecine Générale en France.....	20
1.1.1. La Définition de la Médecine Générale.....	20
1.1.2. L'émergence des soins primaires en France	20
1.2. Les Cancers en France	22
1.3. Les plans cancers et la place des médecins généralistes	23
1.4. Le rôle effectif des médecins généralistes dans la prise en charge des cancers	25
1.4.1. Dans les instituts	25
1.4.2. En ville	26
1.5. La place du Médecin Traitant dans les soins de support et les soins palliatifs.....	28
1.5.1. Définitions des soins de supports	28
1.5.2. Une différence entre soins palliatifs et soins de supports ?	29
1.5.3. Bénéfice des soins de supports	30
1.5.4. La place des médecins généralistes dans les soins de supports et les soins palliatifs	32
1.6. Contexte de l'Étude	32
1.6.1. Les hospitalisations en lien avec le cancer en France	32
1.6.2. La Cancérologie dans la région Grand Est.....	33
1.6.3. Le centre de l'étude : l'institut de cancérologie de Lorraine	35
1.7. L'idée de la recherche	35
2. PERCEPTION DES PATIENTS SUR LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE ONCOLOGIQUE : ÉTUDE PROSPECTIVE À L'INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE LORRAINE	37
Résumé.....	37
Summary	38
Introduction.....	38
Matériel et Méthode.....	40

Analyse Statistique	41
Résultats	42
Discussion	50
Conclusion	54
Bibliographie	55
3. CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	62

ABRÉVIATIONS

AFSOS : Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Supports

AEG : Altération de l'Etat Général

ARS : Agence Régional de Santé

CCLC : Centres de Lutte Contre le Cancer

CCP : Comité de Protection des Personnes

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GP : General Practitioner

HAD : Hospitalisation A Domicile

ICL : Institut de Cancérologie de Lorraine

INCa : Institut National du Cancer

IQR : Intervalle Interquartile

MASCC: Multinational Association for Supportive Care in Cancer

MT : Médecin Traitant

SAM : Service d'Accueil de Médecine

SISSPO : Service Interdisciplinaire de Soins de Support por le Patient en Oncologie

SNDS : Système National des Données de Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

1. INTRODUCTION

1.1. La Médecine Générale en France

La place de la médecine générale dans le système de soin en France a subi des évolutions. Alors que sa définition s'est longtemps faite en creux par rapport aux autres spécialités dans un système de soin très tourné vers le monde hospitalier, en 2004, la médecine générale est devenue une spécialité à part entière et a pu développer sa filière universitaire.

1.1.1. La Définition de la Médecine Générale

Dès 2002, la Société Européenne de médecine générale-médecine de famille (WONCA EUROPE) publie une définition de la médecine générale(1). De cette définition il ressort que la médecine générale est souvent le premier contact avec le système de soins, que son but est de coordonner les soins et le recours aux autres spécialistes si nécessaire. Elle a comme caractéristique de construire sur la durée une relation médecin-patient qui lui permet d'intervenir sur des problèmes de santé aigus comme chroniques. Ainsi après avoir énuméré les différents aspects de la discipline, ils nous donnent une définition plus large qui est :

« Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté... ».

1.1.2. L'émergence des soins primaires en France

D'un autre côté, alors qu'une nouvelle place en France se fait pour la médecine générale, on voit progressivement de nouveaux termes prendre de l'importance tels les soins primaires.

Les soins primaires ont une définition assez vaste, que de nombreuses organisations, comme l'OMS dès 1978 ont essayé de définir. Ainsi après une revue de la littérature André Crismer(2) nous propose une définition plus globale qui est : ***« un système intégré qui comprend différentes lignes de soins articulées entre elles pour répondre aux besoins de la population ».***

Dans une autre revue de la littérature Friedberg (3) relève trois définitions possibles que Yann Bourgueil synthétise de la manière suivante(4) :

- *L'une repose sur la détermination des professions en charge des soins primaires, généralement les médecins généralistes, les médecins de famille, les pédiatres, les pharmaciens, les infirmières ... ;*
- *L'autre comprend le premier contact, l'approche globale et la prise en charge de la plupart des problèmes de santé de la population, les soins au long cours et la coordination des soins entre intervenants. Les fonctions sont alors indépendantes des formations et des qualifications professionnelles, ce qui peut conduire à reconnaître certains médecins spécialistes dans le champ des soins primaires ;*
- *La dernière s'appuie sur des principes orientés vers les soins primaires sur lesquels sont organisés les parcours de soins, facilitant l'accès aux soins et incitant les patients à solliciter les acteurs de soins primaires en priorité.*

Ces derniers sont développés, depuis plusieurs décennies, dans d'autres pays. Il y a même possibilité de classer les organisations du système de soins primaires en trois catégories, comme l'a fait Yann Bourgueil (5) :

- **« Normatif hiérarchisé »** : l'organisation du système de soins primaires est écrite dans la loi avec un cadre précis pour chaque acteur, c'est le cas en Espagne (catalogne) et en Suède
- **« Professionnel Hiérarchisé »** : où le médecin généraliste a une place pivot avec la régulation des soins spécialisés tel au Royaume Unis
- **« Professionnel non hiérarchisé »** : il n'y a pas de régulation des professionnels ni de hiérarchie des professionnels, on retrouve ce fonctionnement préférentiellement en Allemagne ou en France.

Dans ce sens, le Comité d'experts de l'Union Européenne souligne que les soins primaires favoriseraient l'équité tout en augmentant les performances du système de santé(6). Ainsi dans son rapport (7), le Pr Druais, explique que le parcours de soin du patient doit s'articuler dans un système structuré reposant sur les soins primaires.

Ainsi en France, depuis 2009 avec la Loi Hôpital, patients, santé, territoires de Mme Bachelot, puis la Loi de Modernisation de notre système de Santé en 2016 (8), on s'aperçoit de l'enjeu de modifier notre système de santé en modifiant la place des médecins généralistes et en leur donnant un rôle pivot des soins primaires dans le contexte de virage ambulatoire de la médecine.

1.2. Les Cancers en France

En France le cancer est la première cause de mortalité dépassant la mortalité cardio-vasculaire depuis 2004. En effet la mortalité par cancer représente en 2013 27,6% contre 25,1% pour la mortalité cardio-vasculaire. Ces deux groupes de pathologies associés aux pathologies respiratoires (autre que cancer) et les morts violentes (accident, suicide...) représentent les deux tiers des décès. (9)

Plus spécifiquement l'incidence du cancer en France a connu une inversion à partir de 2005. Effectivement de 1980 à 2005 l'incidence était en augmentation chaque année avec un taux moyen à 0,8 pour les hommes et 1,1 pour les femmes. Or sur la période 2005 à 2012 le taux annuel d'incidence est de -1,3 pour les hommes et 0,2 pour les femmes. (10)

Sur le plan économique en 2014 les cancers représentent 10% des dépenses de sécurité sociale, au même niveau que les pathologies cardiovasculaires. Derrière, les pathologies psychiatriques représentent 15% des dépenses. Pour le cancer, et contrairement à certaines pathologies comme le diabète ou les maladies neurologiques, l'essentiel des dépenses se fait en hospitalisation. Ces dépenses sont cependant uniformes sur le territoire contrairement au diabète ou aux maladies respiratoires. Enfin, malgré une évolution annuelle des effectifs assez faible (0,8%) en 2012 et 2014, l'augmentation des dépenses augmente sur la même période de 3,6% en raison du prix des nouvelles thérapeutiques. (11)

Ainsi son incidence, son coût pour la société et l'évolution des traitements, expliquent pourquoi les pouvoirs publics ont cherché à structurer la prise en charge et à mobiliser les différents professionnels pour optimiser la prise en charge.

1.3. Les plans cancers et la place des médecins généralistes

C'est pour cela que trois présidents de la République ont depuis 2003 créé des plans cancer.

Jacques Chirac est le premier président de la République à vouloir une mobilisation nationale contre le cancer et permet la création du premier plan cancer 2003-2007(12).

Ce plan avait comme objectifs :

- ***Rattraper le retard sur le dépistage des cancers :***
 - Diminuer la consommation de tabac (hausse des prix, interdiction de fumer dans les lieux publics)
 - Généraliser le dépistage du cancer du sein, créer un dépistage pour les cancers colorectaux
- ***Centrer les soins sur le patient :***
 - Faciliter le lien ville-hôpital en créant un dossier « médical communiquant »
 - Créer des RCP pour chaque patient
 - Développer les soins palliatifs
 - Faciliter les soins à domicile dont la chimiothérapie
- ***Améliorer le soutien psychologique des patients atteints de cancer***
 - Maintien de l'emploi
 - Favoriser le maintien à domicile avec un recours accru aux soins
- ***Améliorer la formation des professionnels***
- ***Développer la recherche en cancérologie***
- ***Créer un Institut National du Cancer pour une meilleure coordination des différents intervenants***

En 2009 un nouveau plan issu du rapport du Pr Grunfeld voit le jour pour conforter les avancées du premier plan cancer et essayer de mieux comprendre les inégalités de santé afin de mieux lutter contre les cancers.

Ce plan avait comme objectifs :

- **La recherche :**
 - Renforcer les moyens de la recherche
 - Augmenter la participation des patients aux essais cliniques
 - Caractériser les risques environnementaux et comportementaux
- **L'observation :**
 - Améliorer la diffusion des informations sur le cancer et la cancérologie
 - Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages
- **Le soin :**
 - Personnaliser la prise en charge des patients et renforcer le rôle du médecin traitant
- **La qualité de vie pendant et après le cancer :**
 - Développer une prise en charge personnalisée de l'après cancer

En 2013, lorsque l'Institut National du Cancer (INCa) publie son bilan sur le plan cancer 2009-2013(13) il en ressort que des avancées majeures ont été faites sur le plan des thérapeutiques et des soins offerts aux patients. De même, il est noté une amélioration des connaissances et de l'information du grand public. Cependant le bilan fait état de la nécessité de poursuivre les efforts sur la coordination entre les professionnels en cancérologie et les médecins traitants et les autres intervenants de ville.

Malgré des avancées notables sur le dépistage et la thérapeutique (actuellement une personne sur deux atteinte de cancer guérit(14)) , il reste une forte disparité territoriale sur la prise en charge en cancérologie.

La détection plus précoce et l'amélioration des thérapeutiques, qui se tournent de plus en plus vers l'ambulatoire, par l'augmentation de la population concernée, confortent l'ancrage des soins primaires dans le parcours de soin du patient atteint de cancer.

En 2014 le troisième plan cancer voit le jour. Il fait certes le point sur les avancées des précédents plans mais pointe les grandes disparités sur le territoire. Ainsi ce plan ambitionne de guérir plus de personnes mais aussi de mieux accompagner les patients en accordant une place systématique aux soins de supports.

Ainsi les orientations de ce plan sont :

- Guérir plus de personnes malades
 - Favoriser les diagnostics précoces :
 - Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge
 - Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques
 - Faire évoluer les informations et les métiers de la cancérologie
 - Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients
 - Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée
- Préserver la continuité et la qualité de vie
 - Assurer des prises en charge globales et personnalisées
 - Réduire les risques de séquelles et de second cancer
 - Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle
- Investir dans la prévention et la recherche
- Optimiser le pilotage des institutions

Ainsi à travers ces différents plans cancer, on s'aperçoit que la priorité a d'abord été donnée aux moyens de diagnostiquer et de prendre en charge les cancers. De cette priorité nous avons vu l'émergence de l'idée que les patients atteints de cancer pouvaient être assimilés à des patients porteurs de maladie chronique et donc qu'il fallait en plus de l'aspect technique de la prise en charge avoir des traitements plus adaptés, laissant une place importante à la qualité de vie.

1.4. Le rôle effectif des médecins généralistes dans la prise en charge des cancers

1.4.1. Dans les instituts

On a pu voir que progressivement par les différents plans cancer, et la politique publique, les médecins généralistes en ville prennent une part importante de la prise en charge des patients en cours de traitement oncologique.

Mais en plus de l'importance qu'il leur est donnée en ville, de nombreux centres spécialisés dans la prise en charge du cancer, emploient des médecins généralistes. Ainsi, dans une étude parue dans le Bulletin du Cancer (15), il a été recherché la place qu'occupaient ces médecins au sein de l'institut.

Cette étude a été menée grâce à la distribution de trois questionnaires distincts. L'un étant adressé aux directeurs de ces centres, un autre aux oncologues et le dernier aux omnipraticiens y travaillant.

De cette étude ressortent différents éléments intéressants sur la vision et la place occupée par ces omnipraticiens.

D'abord la motivation des directeurs de centre à l'embauche de ces médecins, généralistes de formation, avec une prépondérance dans la prise en charge des soins palliatifs et de la douleur alors que leur compétence en prévention et dépistage n'était que peu recherchée.

De cette étude ressort que les omnipraticiens (93%) pensent favoriser le lien avec le médecin traitant et une très large majorité participe à l'activité des services d'hospitalisation, 96% d'entre eux participent aux soins palliatifs, 83% gèrent les complications des chimiothérapies. Par contre, seulement 48% d'entre eux participeraient à la validation des chimiothérapies.

En ce qui concerne le ressenti des oncologues, 73% des participants à l'étude pensent que les omnipraticiens améliorent la prise en charge des patients, et 78% d'entre eux pensent qu'ils permettent d'alléger leur travail et de se concentrer sur les avancées de leur spécialité.

1.4.2. En ville

Il est difficile de faire un état des lieux sur la place réelle qu'occupent les médecins généralistes en ville dans la prise en charge des cancers car très peu d'études ont été faites et elles ont à chaque fois peu mobilisé les praticiens.

Effectivement, lors d'une étude faite en Champagne-Ardenne en 2011, des questionnaires ont été adressés à des médecins généralistes afin de connaître leur ressenti sur le lien ville-hôpital en matière de cancérologie, et leur satisfaction sur leurs connaissances (16). Le taux de réponse au questionnaire a seulement été de 33%. De cette enquête, il est ressorti que 85% des répondants étaient satisfaits de la communication avec les cancérologues, mais que

68% pensaient qu'elle pouvait être améliorée. Enfin, 64% des médecins interrogés pensaient que leur niveau de formation en cancérologie était insuffisant.

Dans une autre étude inter-régionale en 2010(17), 1957 médecins ont été interrogés, par un questionnaire distribué par voie postale, sur le rôle qu'ils voulaient jouer dans la prise en charge des cancers. Le taux de réponse a été de 36,6%.

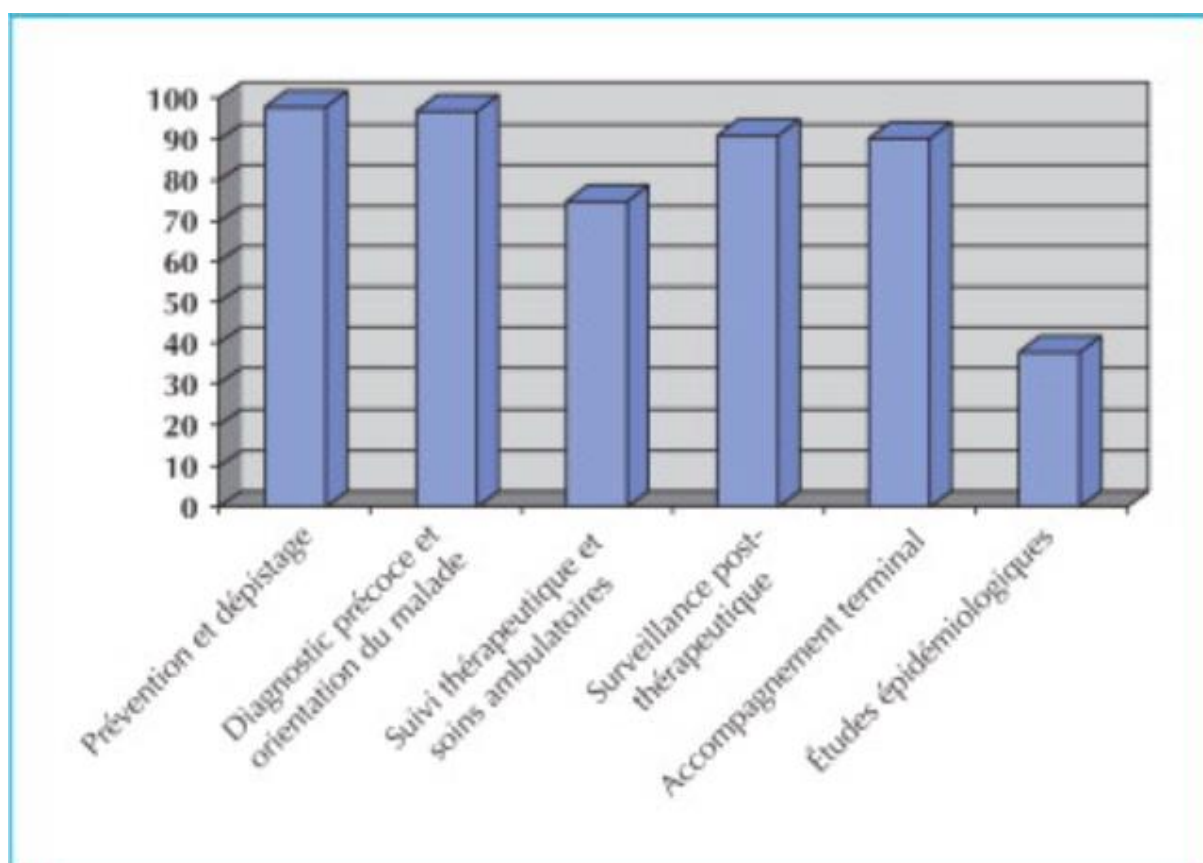


Figure 1 : Pourcentage de médecins généralistes (MG) favorables à une implication forte dans les différents domaines de la prise en charge. (17)

Une autre interrogation des médecins généralistes est aussi la sensation de perte de vue des patients lors de leur prise en charge oncologique. Dans la littérature ou dans la pratique on a souvent l'impression que les patients, une fois pris dans la lourdeur du traitement et des examens, s'éloignent de leur médecin traitant. Il y a peu d'études qui étudient ce phénomène. En mai 2018 sont publiés les résultats de cohorte nationale (COOC-GP study)(18) portant sur 5840 patients avec une découverte de cancer entre 2000 et 2010. Ces

patients devaient être suivis par un médecin généraliste au moins depuis 18 mois à la découverte de leur cancer. L'étude portait sur le trimestre avant le diagnostic et jusqu'à un an après celui-ci et était comparée la fréquence des consultations avant et après la découverte du cancer. Cette étude semble montrer que 26,9% des patients ont diminué le rythme des consultations avec leur médecin traitant le trimestre précédent le diagnostic de cancer et que seulement 22% d'entre eux consultent moins régulièrement leur médecin traitant une fois le diagnostic établi.

1.5. La place du Médecin Traitant dans les soins de support et les soins palliatifs

Comme vu précédemment, les soins de supports ainsi que les soins palliatifs ont pris une place prépondérante, devant pouvoir être proposés à chaque patient.

1.5.1. Définitions des soins de supports

Intéressons-nous d'abord à la définition des soins de support.

L'Institut National du Cancer (InCA) nous propose cette définition :

« La prise en charge d'un cancer ne s'arrête pas au traitement de la seule maladie. Traduit de l'anglais « supportive care », les « soins de support » sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie. Ils se font en association avec les traitements spécifiques contre le cancer éventuellement mis en place. »

On peut y ajouter la définition inscrite dans la circulaire de Février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie (19):

« Les soins de support ne constituent pas une nouvelle discipline ; ils correspondent à une coordination qui doit mobiliser des compétences et organiser leur mise à disposition pour le patient et ses proches. »

Ainsi, on s'aperçoit par cette définition assez vaste que le médecin généraliste, ne peut qu'avoir une place centrale dans ces soins qui sont divers et centrés sur le patient.

1.5.2. Une différence entre soins palliatifs et soins de supports ?

Les soins de supports, est une discipline récente. Le Dr HENRY, et R. Etienne nous décrivent son historique dans leur aide-mémoire « Soins de Supports en oncologie Adulte »(20). Au niveau international c'est à Bruxelles que le Professeur Jean Klastersky s'intéresse à la façon de prendre en charge les effets secondaires des traitements oncologiques Avec l'association de plusieurs professionnels mondiaux ils créent en 1990 la « Multinational Association for Supportive Care in Cancer » (MASCC). Au niveau national c'est sous l'influence de différents CLCC (Centre de Lutte contre le Cancer) dont celui de Nancy (ICL anciennement Alexis Vautrin) avec le Pr Krakowski, que les soins de supports émergent dans les années 1980. Ce n'est finalement qu'en 2008 que l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Supports (AFSOS) est créée. On voit donc par cet historique que les soins de supports sont nés dans le milieu de l'oncologie même s'il tente à s'ouvrir autres spécialités. Ainsi il semble difficile de trouver une opposition réelle entre les soins de supports et les soins palliatifs car ils sont souvent regroupés et gérés par les mêmes professionnels dans un établissement. Hélas les soins palliatifs sont encore trop souvent, que ce soit par certains professionnels mais surtout par le grand public, perçus comme soins de fin de vie qui représentent la fin de l'espoir de guérison et doivent arriver le plus loin possible dans le parcours de soins.

Pour essayer de limiter cette vision, négative, des soins palliatifs, une découpe en phase de la maladie a été proposée dans le programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005(21) qui est :

1. *« est dénommée curative, la phase durant laquelle les traitements sont délivrés avec un objectif de guérison » ;*
2. *« est dénommée palliative, la phase durant laquelle l'objectif prioritaire des traitements est l'amélioration de la qualité de vie. Les traitements spécifiques sont encore appliqués avec l'objectif d'une réponse temporaire et/ou partielle, d'une stabilisation de la maladie et/ou d'une amélioration de la qualité de vie » ;*
3. *« est dénommée terminale, la phase durant laquelle le décès est inévitable et proche ».*

Ainsi ce séquençage permet de sortir les soins palliatifs de la fin de vie imminente, vers un processus construit qui permet l'encadrement du patient sur une durée indéterminée où l'objectif est la qualité de vie du patient lorsque l'on sait que la maladie n'est plus guérissable.

De là, la frontière est très fine entre les soins de supports, qui sont tous les soins annexes aux prises en charge de pathologies lourdes avec une prise en charge extrêmement variée et les soins palliatifs qui sont des soins spécifiques et qui permettent d'accompagner le patient durant sa fin de vie aussi lointaine soit-elle.

La terminologie est importante, car de nombreuses personnes, professionnels ou non les confondent encore. Une étude parue en 2011 dans *The Oncologist* a permis de montrer à quel point le nom pouvait modifier la prise en charge des patients. Dans cette étude réalisée aux États-Unis, il est comparé le nombre de patients pris en charge par le même service sur deux périodes différentes. La première période, de Janvier 2006 à Août 2007 le service est nommé service de soins palliatifs, et la période où de Janvier 2008 à Août 2009 où le même service a changé de nom et s'appelle service de soins de supports. Sur ces deux périodes le seul changement est le nom du service et pourtant le nombre de consultations a été majoré de 41% (22). Cette étude montrait aussi que le délai de consultation par rapport au début de la prise en charge hospitalière était réduit après le changement de nom du service. Ce délai passait de 13,2 mois à 9,2 mois.

1.5.3. Bénéfice des soins de supports

On vient de voir que les noms ont une connotation et modifient la prise en charge. Mais il est aussi important de chercher à comprendre le bénéfice des soins de supports. Le champ d'action est vaste en soin de support, mais dans la dernière étude parue dans *The Oncologist*, il est démontré que le recours en plus grand nombre aux soins de supports a modifié l'évolution de la maladie avec une majoration de la survie surtout chez les patients ambulatoires par rapport à la première consultation passant de 4,7 mois à 6,2 mois.

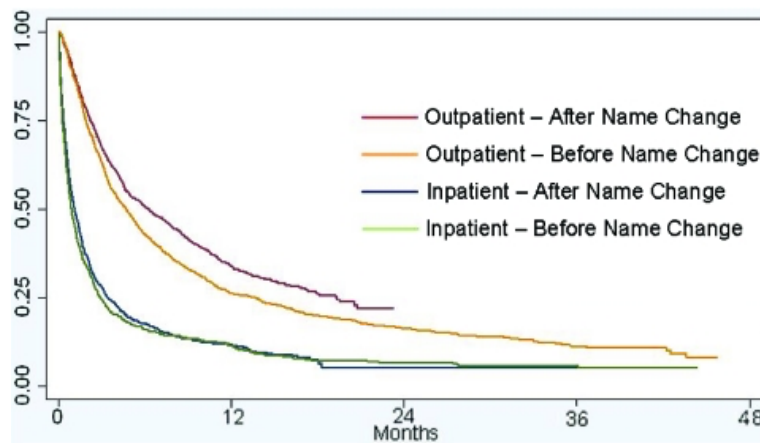


Figure 2 : Durée de survie des patients après consultation des soins de supports avant et après le changement de nom du service (22)

Une autre étude, publiée en 2010 dans le *New England Journal of Medicine*(23), présentait un essai randomisé d'un traitement oncologique standard, associé ou non, à des soins de supports, adaptés, précoces, chez des patients porteurs d'un cancer du poumon métastatique. Cette étude a mis en évidence une augmentation de la survie des patients de 5,7 mois pour les patients ayant bénéficié de soins de supports précoces, elle a montré une meilleure qualité de vie et moins de symptômes dépressifs.

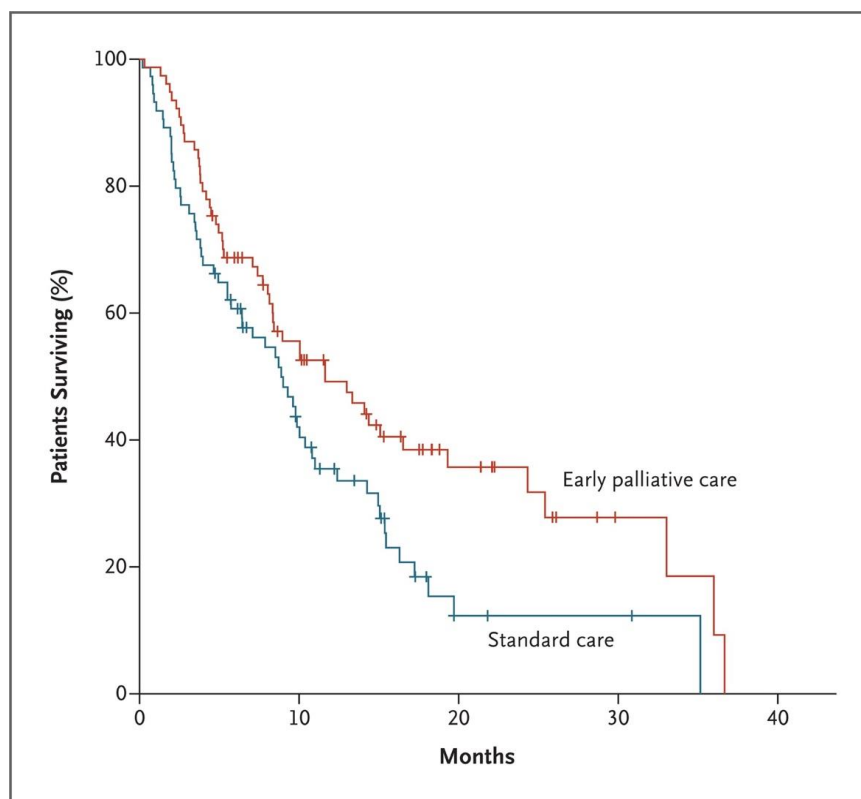


Figure 3 : Survie des patients en mois, en fonction du type de prise en charge (23)

1.5.4. La place des médecins généralistes dans les soins de supports et les soins palliatifs

Si la place des médecins généralistes semble assez évidente dans les soins de supports, elle paraît plus complexe dans les soins palliatifs.

D'après les définitions précédentes, on comprend la transversalité des soins de supports et donc la nécessité pour le patient, d'avoir un référent vers qui se tourner. Le médecin traitant a une place entière dans la coordination des soins.

En ce qui concerne les soins palliatifs, à première vue, le rôle du médecin semble plus complexe. Effectivement, progressivement en France et surtout à partir de l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui inscrit les soins palliatifs dans le schéma d'organisation sanitaire, l'offre hospitalière n'a cessé de progresser. Progressivement ont été créées des unités de soins palliatifs, mais aussi des unités ambulatoires de soins palliatifs et des réseaux de soins palliatifs. Ces différentes structures sont pour autant vite saturées en patients. De plus, le paradoxe est que les fins de vie se font de plus en plus en milieu hospitalier alors que le peu d'études faites sur la fin de vie, et qui ont un biais majeur qui est celui de poser la question du lieu de la fin de vie à des patients non malades, montrent que les patients ont le souhait de mourir au domicile. Pour cela le médecin traitant a donc une place à prendre pour l'accompagnement des patients.

C'est pour faciliter la prise en charge des patients à leur domicile, par la circulaire de Mars 2008, que des réseaux de soins palliatifs ont été créés. Ils ont « ont pour principal objet de favoriser l'accès aux soins et la coordination des professionnels entre la ville et l'hôpital, ainsi que l'ensemble des structures médico-sociales et sociales existant sur un même territoire ».

1.6. Contexte de l'Étude

1.6.1. Les hospitalisations en lien avec le cancer en France

En France en 2016, 1,2 millions de personnes ont été hospitalisées en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer, ce qui représente 7,1 millions d'hospitalisations.

Ces hospitalisations ont augmenté de 10% par rapport à 2011(11) et pourtant ce chiffre ne comprend pas les hospitalisations pour soins de supports ni ceux de soins palliatifs.

Ces hospitalisations représentent à elles seules, un quart de l'activité hospitalière globale. La répartition des consultations pour cancérologie se fait pour 48,8% en séances, 9,8% en ambulatoires et 13,8% en hospitalisation conventionnelle. Les chimiothérapies (séances et hospitalisations) représentent 39,4% de l'activité totale en cancérologie contre 30% pour la radiothérapie.

En 2016 la répartition de l'activité en cancérologie se répartissait à 50% dans les centres hospitaliers (CHU-R et CH), 27,2% pour les établissements privés commerciaux et 14,2% pour les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Au sein des différents établissements le poids de la cancérologie est différent : dans les établissements privés commerciaux elle représente 15,4% alors qu'elle pèse 98,3% dans les CCLC.

1.6.2. La Cancérologie dans la région Grand Est

En ce qui concerne la prévalence des cancers, dans la région Grand Est et plus précisément en Lorraine elle est similaire à celle nationale. Mais la mortalité, elle, est supérieure de 5% par rapport à celle nationale (24). Dans le même rapport que nous propose l'ARS grand Est, on note que le nombre de Généralistes par habitant est équivalent à la moyenne nationale, et que par contre le nombre d'actes par habitant et par an par un médecin généraliste est supérieur dans la région Grand Est par rapport à la moyenne nationale.

	Décès annuel moyen Nombre	Part dans l'ensemble des causes	Ecart Grand Est / France métropolitaine	Mortalité 2000-2002/ 2013	évol. 2011- 2013	% décès prématurés (avant 65 ans)
Toutes causes de décès	49 230		+ 8%	-20%		20%
Cancers	13 788	28%	+ 5%	-15%		28%
Maladies cardio-neurovasculaires	12 464	25%	+ 10%	-37%		10%
Maladies de l'appareil respiratoire	3 358	7%	+ 14%	-18%		9%
Causes externes de mortalité	3 099	6%	+ 0%	-24%		43%
Maladies du système nerveux	2 786	6%	- 2%	19%		10%
Diabète (1)	4 011	8%	+ 41%	-8%		12%

(1) Diabète en cause principale de décès, en cause associée de décès ou en comorbidité
Source : Inserm CépiDC, Insee, exploitation ORS

Figure 4 : Les principales causes de décès dans la région Grand Est (2011-2013)

En 2011, la prise en charge liée à la cancérologie en Lorraine représentait 3,5% de la prise en charge nationale, les hospitalisations complètes représentaient 3,9% de la moyenne nationale et les séances représentaient 3,4% de la France entière.

Plus spécifiquement en Lorraine en 2012, dans la prise en charge des cancers, nous avons 23 centres qui sont autorisés à faire de la chimiothérapie, et 5 centres autorisés à faire de la radiothérapie(25).

Etat des lieux des implantations au 31/12/2012 (par FINESS géographique)							
IMPLANTATIONS CHIRURGIE DU CANCER ADULTE							
	Digestif	Urologique	Thoracique	Mammaire	Gynéco.	ORL	Hors seuil exclusif
Territoire de santé meusien	2	1	0	2	1	1	0
Territoire de santé meurthe et mosellan	8	6	2	4	4	3	1
Territoire de santé mosellan	10	7	2	7	5	6	0
Territoire de santé vosgien	5	2	1	3	1	1	0
Région Lorraine	25	16	5	16	11	11	1
IMPLANTATIONS CHIMIOThERAPIE ADULTE							
Territoire de santé meusien	2 dont 1 ayant basculé en établissement associé						
Territoire de santé meurthe-et-mosellan	8 dont 3 ayant basculé en établissement associé						
Territoire de santé mosellan	9 dont 0 ayant basculé en établissement associé						
Territoire de santé vosgien	4 dont 3 ayant basculé en établissement associé						
Région Lorraine	23 dont 9 ayant basculé en établissement associé						
IMPLANTATIONS RADIOThERAPIE ADULTE							
Territoire de santé meusien	0						
Territoire de santé meurthe-et-mosellan	2						
Territoire de santé mosellan	2						
Territoire de santé vosgien	1						
Région Lorraine	5						
IMPLANTATIONS CURIETHERAPIE							
Territoire de santé meusien	0						
Territoire de santé meurthe-et-mosellan	1						
Territoire de santé mosellan	1						
Territoire de santé vosgien	0						
Région Lorraine	2						

Figure 5 : État des lieux des implantations en Cancérologie en Meurthe et Moselle

1.6.3. Le centre de l'étude : l'institut de cancérologie de Lorraine

L'institut de Cancérologie de Lorraine est un des centres de référence de la région Lorraine pour la prise en charge oncologique. Ainsi il brasse une population diversifiée qui peut venir de toute la région, voire de régions limitrophes. Le centre comprend :

- Un service de chirurgie avec des hospitalisations conventionnelles et ambulatoires
- Une unité de soins continus
- Un service de radiothérapie et de curiethérapie
- Un service d'oncologie avec des hospitalisations conventionnelles, de semaines et un hôpital de jour
- Un service de soins de supports qui comprend des lits d'hospitalisations dont certains étiquetés soins palliatifs, des consultations et un hôpital de jour
- Un Service d'accueil de Médecine (SAM) permettant de gérer des problèmes aigus

Cela représente, 113 lits d'hospitalisations, pour un total en 2017 de 5153 patients hospitalisés, soit une majoration de 8,5% par rapport à l'année précédente, et en perpétuel accroissement depuis 2012(26).

L'activité d'hospitalisation du centre se fait pour un quart pour des séjours médicaux, un autre quart pour les séjours chirurgicaux et un autre pour la radiothérapie, le reste étant la chimiothérapie, ou les molécules onéreuses.

1.7. L'idée de la recherche

J'ai effectué mon premier stage d'interne dans le service de soins de supports de l'ICL d'octobre 2016 à Avril 2017. Lors de ce stage, j'ai été surpris par le nombre d'hospitalisations urgentes, non programmées, que prenait en charge le service. J'ai eu l'impression que les médecins traitants étaient éloignés de la prise en charge et que les patients avaient tendance à contacter le centre avant même de consulter leur médecin généraliste.

Grâce à la *bed manager* du centre, Mme Tinchant, qui notait depuis plusieurs années toutes les demandes qu'elle recevait pour des hospitalisations urgentes, j'ai pu m'apercevoir de la quantité de demandes que le centre avait reçues.

Effectivement sur les années civiles 2016 et 2017, le centre a reçu 1881 demandes pour ce type d'hospitalisation. L'institut a accueilli 86% de ces demandes, 2% des patients étaient décédés avant de pouvoir être hospitalisés et 12% des patients ont été hospitalisés dans un autre établissement.

Les demandes d'hospitalisations urgentes provenaient en grande majorité du domicile et en second lieu provenaient directement de l'ICL lors de consultations, ou d'imageries faites au centre.

Ainsi, avec l'aide du Dr HENRY, médecin responsable des soins palliatifs de l'institut nous avons fait une recherche MGPEC-ONCO qui avait comme objectif de savoir si les patients consultaient leur médecin traitant pour les symptômes motivant leur hospitalisation urgente et si ces derniers pensaient leur médecin traitant compétent pour la prise en charge des symptômes durant la prise en charge active de leur pathologie tumorale.

2. PERCEPTION DES PATIENTS SUR LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE ONCOLOGIQUE : ÉTUDE PROSPECTIVE À L'INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE LORRAINE

Titre en anglais : Patients perception of the general practitioner place in oncology management: A prospective study at the Institut de Cancérologie de Lorraine

Résumé

Introduction : La prise en charge du cancer est en France un enjeu de santé publique. Son incidence se stabilise voire diminue, mais la prévalence augmente. Les politiques publiques donnent au médecin généraliste un rôle central dans la prise en charge : il doit être présent à toutes les phases de la maladie, du dépistage à la période de l'après cancer.

Méthodes : Etude prospective monocentrique pendant un an à l'Institut de Cancérologie de Lorraine, Nancy. Distribution d'un questionnaire aux patients hospitalisés de manière non programmée et recueil de données socio-démographiques et médicales dans leurs dossiers.

Résultats : 54% des patients de l'étude n'avaient pas consulté leur médecin traitant (MT) pour le problème de santé motivant l'hospitalisation. 69% des patients interrogés pensent que le MT n'est pas le médecin de premier recours pour la prise en charge des complications et des effets indésirables des traitements oncologiques. Une large majorité de patients ont un cancer métastatique alors que seulement 40% sont suivis par l'équipe de soins de supports.

Discussion : Les médecins généralistes ne sont pas encore intégrés dans la prise en charge active du cancer pour les patients de l'étude. Les symptômes que les médecins généralistes disent facilement prendre en charge restent pourtant les motifs les plus fréquents d'hospitalisations.

Summary

Introduction: Cancer management is a public health issue in France. Its incidence is stabilizing even decreasing, but the prevalence is increasing. Public policies give to the general practitioner (GP) a central role in the oncological care by requiring his involvement present at all stages of the disease, from screening to after cancer.

Methods: One-year prospective monocentric study at the Institut de Cancérologie de Lorraine, Nancy. Self-assessment questionnaires for patients with unplanned hospitalization and collection of socio-demographic and medical data in their files.

Results: 54% of the study patients had not consulted their GP for the reasons for hospitalization. 69% of patients thought GP was not the primary care physician for the management of complications and adverse effects of cancer treatment. A large majority of patients had metastatic cancer while only 40% were followed by the support care team.

Discussion: GP are not yet integrated into the active management of cancer for study patients. The most common reasons for hospitalization corresponded to symptoms which are considered by GP as easily to manage.

Introduction

En France, depuis 2004, le cancer est la première cause de mortalité (27.6% en 2013) et devance la mortalité cardio-vasculaire (25.1% en 2013).(1) Sur un plan économique, la pathologie cancéreuse et les pathologies cardio-vasculaires représentent chacune 10% des dépenses de la sécurité sociale. Ainsi la prise en charge des cancers en France, est un enjeu majeur pour les prochaines années, aussi bien d'un point de vue économique, politique que médical.

De fait, les politiques publiques ont depuis 2003 créé successivement 3 plans cancers, leurs objectifs étant de définir les bases de suivi des patients en précisant le rôle de chaque professionnel afin d'améliorer la prise en charge, favoriser la recherche et offrir une égalité des soins sur l'ensemble du territoire. (2)

Un objectif commun de ces plans cancers est d'impliquer les médecins généralistes dans la prise en charge oncologique des patients. Aujourd'hui, du fait des avancées thérapeutiques notamment, le cancer est considéré de plus en plus comme une maladie chronique,

modifiant considérablement la vie des patients et de leur entourage. Effectivement, le patient peut guérir de sa maladie cancéreuse avec ou sans séquelles mais peut aussi vivre avec elle pendant plusieurs mois voire plusieurs années. Ce changement de paradigme a modifié, de fait, la place du médecin traitant dans la prise en charge oncologique, le rendant d'abord l'acteur principal du dépistage, puis du suivi de l'après cancer et aujourd'hui, lui conférant un rôle central dans la prise en charge active. (3)(4)

Cet allongement des prises en charges et les problématiques engendrées ont fait émerger la notion de soins de support. Traduit de l'anglais « supportive care », les « soins de support » sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie. Ils se font en association avec les traitements spécifiques contre le cancer éventuellement mis en place. », notion confortée par l'INCa puisque « la prise en charge d'un cancer ne s'arrête pas au traitement de la seule maladie ».(5) Les soins de support sont variés et comprennent, entre autres, la prise en charge antalgique, nutritionnelle, psychologique, rééducationnelle, les soins palliatifs, l'accompagnement de fin de vie... ils ont pour objectifs d'améliorer le confort et la qualité de vie des patients. Les recommandations actuelles tendent à favoriser une intégration précoce des soins de support et des soins palliatifs dans la prise en charge oncologique.(6) Ils sont donc voués à être multidisciplinaires et interdisciplinaires. Par conséquent ils impliquent une coordination des différents intervenants ; le rôle du médecin traitant étant alors primordial.

Pour mieux comprendre la place que les médecins traitants occupent dans la prise en charge oncologique des études ont cherché à comprendre le rôle que les oncologues donnaient à ces derniers.(7) D'autres ont porté sur les motivations des directeurs des Centres de Lutte Contre le Cancer (CCLC) à embaucher des médecins généralistes dans leur établissement.(8) Mais aucune étude n'a encore été menée jusqu'alors auprès des patients pour évaluer la perception qu'ils ont de l'implication de leur médecin généraliste dans leur prise en charge oncologique et celles d'éventuelles complications intercurrentes.

L'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL), est un des 23 centres agréés de chimiothérapie de la région Lorraine. Ce Centre de Lutte contre le Cancer, situé à Vandœuvre les Nancy, a une activité mixte de consultations, d'hôpital de jour et d'hospitalisations conventionnelles. Les hospitalisations se font en partie de manière programmée, pour la réalisation des traitements spécifiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie.), la prise en charge des

complications prévisibles ou pour l'adaptation des traitements symptomatiques (douleur, nutrition...). Une partie des hospitalisations ne sont pas programmées et sont dites « urgentes ».

Sur les années civiles 2016 et 2017 l'Institut a reçu 1881 demandes d'hospitalisations dites « urgentes », dont 88% (1673 patients) ont pu être honorée au sein des différents services de l'institut. Les hospitalisations spécifiques pour soins de supports (douleur, nutrition, altération de l'état général et soins palliatifs) représentaient 33% de l'ensemble des patients hospitalisés en urgence, soit 644 patients sur les années 2016 et 2017.

Nous nous sommes dès lors questionné sur les modalités de ces hospitalisations en urgence et sur la place du médecin traitant dans cette démarche, avec comme hypothèse principale que les patients ne consultaient pas leur médecin généraliste avant les hospitalisations non programmées.

Matériel et Méthode

Nous avons mené entre le 16 mai 2018 et le 16 mai 2019 une étude monocentrique, à l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL), prospective par auto-questionnaire, auprès des patients âgés de plus de 18 ans, hospitalisés de manière non programmée, en cours de traitement à l'institut ou dont les traitements spécifiques étaient interrompus depuis moins d'un an.

Les services de soins continus et de chirurgie étaient exclus de cette étude car il s'agit de prise en charge très spécifique difficilement réalisable en ville.

Conformément à la législation régissant la recherche, le protocole de recherche a été soumis au comité de protection des personnes qui a rendu un avis favorable le 20 Mars 2018.

Le recrutement des patients se faisait grâce aux responsables des lits de l'Institut appelés bed manager, qui déclaraient les patients, répondant aux critères d'inclusions, à la cellule de recherche clinique. Une fois informées des admissions, les infirmières de recherche clinique proposaient l'étude aux patients, leurs faisaient signer le formulaire de non opposition et leurs délivraient le questionnaire qu'ils devaient rendre à l'équipe soignante du service avant leur sortie d'hospitalisation. Lorsque le patient avait signé le formulaire de non opposition à

l'utilisation des éléments et à la consultation de son dossier informatisé les données étaient saisies dans un eCRF grâce au logiciel CleanWeb®.

Le questionnaire était constitué de dix questions fermées, c'est à dire avec des choix dans des réponses proposés. La première partie du questionnaire cherchait à connaître la distance entre le lieu d'habitation du patient et l'institut, la durée de prise en charge à l'institut et les interrogeait sur la désignation ou non d'un médecin traitant. Seuls les patients ayant un médecin traitant désigné remplissaient la seconde partie du questionnaire.

Cette seconde partie avait pour but de savoir si le patient avait consulté son médecin traitant pour le symptôme engendrant l'hospitalisation. Si le patient avait consulté son médecin généraliste, le questionnaire cherchait à savoir si ce dernier avait modifié des traitements et s'il était à l'origine de l'hospitalisation. Si le patient n'avait pas consulté son généraliste, il lui était demandé pourquoi sous forme de question fermée (symptômes apparus en dehors des horaires d'ouvertures du cabinet, souhait que les symptômes soient gérés par le spécialiste, n'a pas pensé à aller voir le médecin généraliste).

Enfin une dernière partie cherchait à connaître la perception du patient des compétences de leur médecin traitant.

Le recueil de données a été complété par des informations socio-démographiques et médicales à partir du dossier médical informatisé des patients se prêtant à la recherche.

Analyse Statistique

L'objectif principal de notre étude était d'estimer la fréquence inconnue des patients en hospitalisation non programmées ayant vu leur médecin généraliste pour le motif de l'hospitalisation. La justification de la taille de l'échantillon était basée sur la précision de l'estimation de cette fréquence inconnue par intervalle de confiance à 95%. En se basant sur une fréquence observée de 50% (hypothèse défavorable pour la précision de l'intervalle de confiance), le recrutement de 300 patients sur une année permettait d'obtenir une précision de 6% (fréquence inconnue comprise entre 44%-56%).

Les paramètres qualitatifs ont été décrits par la fréquence et le pourcentage. Les paramètres numériques ont été décrits par la moyenne et la déviation standard ou la médiane et l'intervalle inter-quartile en fonction de la normalité de la distribution évaluée par le test de

Shapiro-Wilk. Le lien entre deux paramètres qualitatifs est étudié par un test du Chi-deux ou du Fisher Exact et le lien entre un paramètre numérique et binaire par un test de Student ou de Wilcoxon.

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS, version 9.3 et le niveau de signification est fixé à 5%.

Résultats

Dans cette étude nous avons inclus 197 patients alors que les personnes en charge de la gestion des lits ont signalé 460 hospitalisations non programmées (Figure 1). Beaucoup de patients sont sortis avant même que les infirmières de recherche clinique puissent les rencontrer, 64 patients soit 14%. La population était représentée par 59,7% de femmes pour une moyenne d'âge de 64 ans +/- 12. Plus de 90% des patients provenaient directement de leur domicile et 64% était marié. La table 1 présente les caractéristiques des patients.

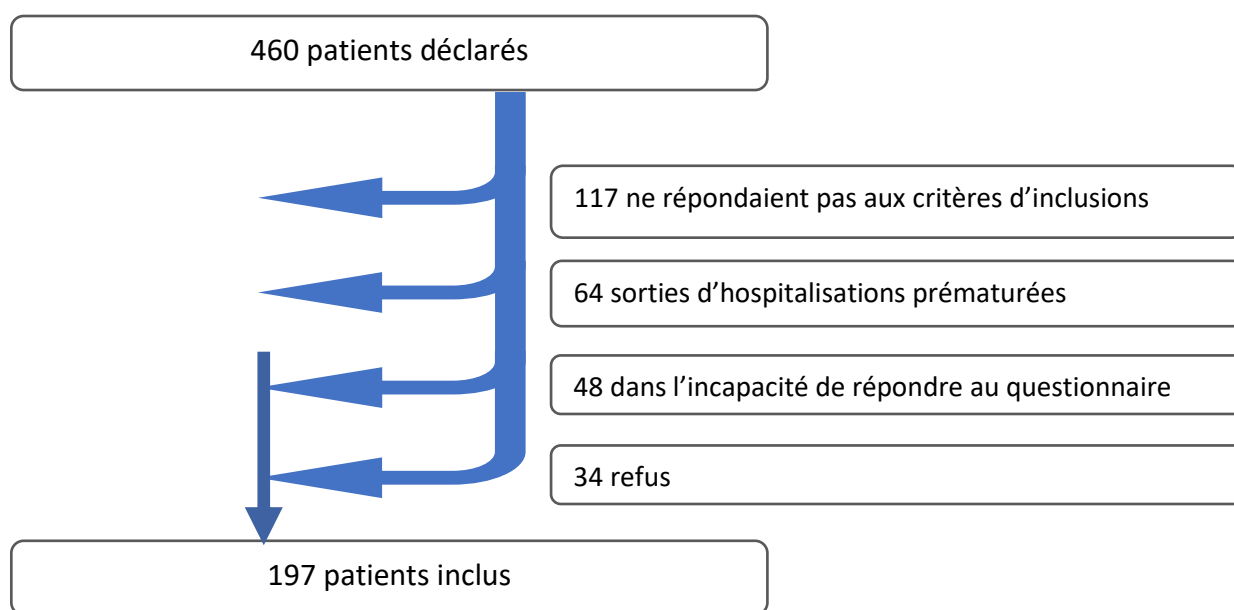


Figure 1

Table 1 : Caractéristiques de la population

Genre	
Femme	117 (59,7)
Homme	79 (40,3)
Age, moyenne +/- écart type	64 +/-12
>=60	132 (67,0)
Situation familiale [‡]	
Marié(e)	126 (64,3)
Célibataire	28 (14,3)
Veuf	21 (10,7)
Divorcé(e)	21 (10,7)
Situation de vie [‡]	
Domicile	181 (92,3)
Autre*	15 (7,7)
Distance domicile ICL [‡]	
Moins de trente minutes	69 (35,2)
Moins d'une heure	70 (35,7)
Plus d'une heure	57 (29,1)
Nombre de mois depuis le diagnostic, médiane et IQR	21 [5,5-43]
Moins de 12 mois	77(39,3%)
Nombre d'hospitalisation non programmées depuis le début de la prise en charge à l'ICL, médiane et IQR	2 [1-3]
Primitif	
Digestif	36 (18,4)
Gynéco	31 (15,8)
Tête et cou	30 (15,3)
Sein	27 (13,8)
Urothéliale	26 (13,2)
Poumon	21 (10,7)
Autre**	25 (12,8)
Pathologie Métastatique	154 (79)
Synchrone	84 (54,5)
Métachrone	70 (45,5)

Traitement déjà reçu ^Δ	
Chirurgie	115 (67,2)
Chimiothérapie	115 (67,2)
Radiothérapie	77 (45,0)
Hormonothérapie	26 (15,2)
Autres thérapeutiques***	65 (33,0)
Traitement en cours ^Δ	
Chimiothérapie	104 (53,1)
Radiothérapie	47 (24,0)
Autres thérapeutiques***	35 (17,8)
Soins de supports	26 (13,3)
Suivi par Soins de supports	80 (40,8)
Motif d'hospitalisation	
Soins de supports exclusifs	89 (45,4)
Trouble organique et biologique	51 (26,0)
Complication cancérologique	34 (17,4)
Infection	22 (11,2)
Le problème de santé évolue depuis [‡]	
Moins d'une semaine	72 (37,1)
Entre une et deux semaines	46 (23,7)
Entre deux et quatre semaines	35 (18,0)
Plus d'un mois	41 (21,1)
Service d'hospitalisation	
SISSPO	89 (45,4)
Radiothérapie	62 (31,6)
Oncologie	45 (23,0)

IQR : intervalle interquartile ; SISSPO : Service interdisciplinaire pour les Patients en Oncologie

* EHPAD, SSR, HAD

**Sarcome, Mélanome, Primitif inconnu

*** Thérapies ciblées, Hormonothérapie, Immunothérapie

^Δ Non exclusif

[‡] Issu de l'auto-questionnaire patient

Les patients inclus avaient eu un diagnostic de leur cancer en médiane depuis 21 mois. La distance entre le lieu d'habitation et l'ICL était de moins de 30 minutes pour 35% et de plus de 1 heure pour 29%. Soixante-dix-neuf pourcents des patients avaient une pathologie métastatique dont 54,5% synchrone au diagnostic. Une majorité de patients, (51,3%) était en cours de chimiothérapie lors de l'hospitalisation. Seulement 40% d'entre eux étaient connus par l'équipe de soins de support (SISSPO) de l'ICL.

Près de la moitié des motifs d'hospitalisations non programmées (45,5%) concernaient une problématique de soins de support exclusifs (altération de l'état général, douleur, nutrition), Les complications cancérologiques ne représentaient que 17,4% des hospitalisations non programmées. (Figure 2)

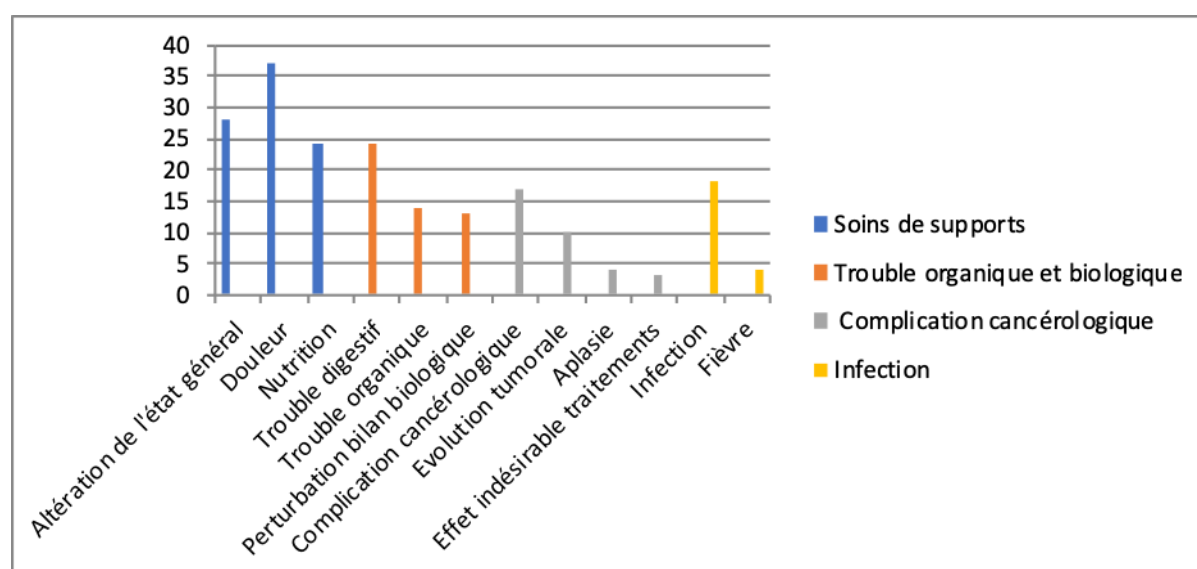


Figure 2 : Motifs d'hospitalisations

Les réponses des patients aux questions concernant leur médecin généraliste sont présentées en table 2. Cent six patients avaient consulté leur médecin traitant avant d'être hospitalisés, soit 45,9%, intervalle de confiance à 95% [39,0%-54,0%]. 59,5% considéraient que leur médecin traitant n'était pas le premier recours pour la gestion des complications en lien avec la pathologie cancéreuse. Cependant, 91,7% des patients déclaraient continuer à voir leur médecin traitant pour leur autre problème de santé, et 57,4% ont affirmé consulter aussi souvent leur médecin traitant qu'avant l'annonce de leur cancer.

Table 2 : Réponses des patients concernant leur médecin généraliste

Avez-vous un médecin traitant ?	
Oui	196(99,5)
Non	1(0,5)*
Avez-vous consulté votre médecin généraliste pour le problème de santé motivant cette hospitalisation ?	
Oui	90 (45,9)
Non	106 (54,1)
Est-ce votre médecin généraliste qui a demandé cette hospitalisation ?	
Oui	44 (22,3)
Non	153 (77,7)
Depuis que vous êtes pris en charge à l'ICL vous diriez que vous consultez votre médecin généraliste	
Aussi souvent qu'avant	112 (57,4)
Moins souvent qu'avant	58 (29,8)
Plus souvent qu'avant	25 (12,8)
Continuez-vous à voir votre médecin généraliste pour vos autres pathologies ?	
Oui	178 (91,7)
Non	16 (8,3)
Votre médecin traitant reste le premier recours en cas de problème aigu sérieux	
Oui	86 (44,3)
Non	108 (55,7)
Votre médecin traitant reste le premier recours pour la gestion des complications en lien avec votre pathologie cancéreuse et/ou pour la gestion des effets secondaires de vos traitements carcinologique	
Oui	79 (40,5)
Non	116 (59,5)

*Ce patient n'a pas répondu aux questions figurant dans ce tableau.

La comparaison des patients ayant et n'ayant pas consulté leur médecin généraliste pour le problème de santé motivant l'hospitalisation non programmée est présentée en **table 3**. Les caractéristiques n'étaient significativement pas différentes entre les deux groupes notamment pour la distance avec l'institut, la durée de suivi au centre, le primitif ainsi que le motif d'hospitalisation et les traitements spécifiques en cours. Les patients ayant une évolution de leur symptomatologie depuis plus d'un mois avaient davantage consulté leur médecin généraliste (27% versus 17,5%) sans différence significative ($p=0,335$). De même, ceux ayant une pathologie métastatique ou suivis en soins de support avaient tendance à davantage consulter leur médecin généraliste sans différence significative (respectivement $p=0,090$ et $p=0,080$).

Tableau 3 : Comparaison des patients ayant et n'ayant pas consulté leur médecin généraliste pour le problème de santé motivant l'hospitalisation non programmée

Avez-vous consulté votre médecin généraliste pour le problème de santé motivant cette hospitalisation	OUI (N=90)	NON (N=106)	p-value
Femme	56 (62,2)	61 (57,5)	0,506
Age , moyenne +/- écart-type	64 +/- 13	64 +/- 11	0,910
Situation familiale [‡]			0,735
Marié(e)	57 (63,4)	69 (65,1)	
Célibataire	12 (13,3)	16 (15,1)	
Veuf	12 (13,3)	9 (8,5)	
Divorcé(e)	9 (10)	12 (11,3)	
Situation de vie [‡]			0,549
Domicile	82 (91,1)	99 (93,4)	
Autre*	8 (8,9)	7 (6,6)	
Distance domicile ICL [‡]			0,628
Moins de trente minutes	34 (37,8)	35 (33)	
Moins d'une heure	29 (32,2)	41 (38,7)	
Plus d'une heure	27 (30)	30 (28,3)	
Nombre de mois depuis le diagnostic, médiane et IQR	20 [5-44]	21 [6-43]	0,952
Nombre d'hospitalisation non programmées depuis le début de la prise en charge à l'ICL, médiane et IQR	2 [1-3]	1,5 [1-4]	0,991
Primitif			0,523
Digestif	15 (16,8)	21 (19,8)	
Gynéco	16 (18,0)	15 (14,1)	
Tête et cou	10 (11,2)	20 (18,9)	
Sein	12 (13,5)	15 (14,1)	
Urothéliale	14 (15,7)	11 (10,4)	
Poumon	8 (9,0)	13 (12,3)	
Autre**	14 (15,7)	11 (10,4)	
Pathologie Métastatique	75 (84,3)	78 (74,3)	0,090
Traitement en cours ^Δ			
Chimiothérapie	46 (51,7)	57 (53,8)	0,771

Radiothérapie	17 (19,1)	30 (28,3)	0,135
Autres thérapeutiques ***	16 (17,8)	19 (17,9)	0,979
Soins de supports	16 (17,8)	10 (9,4)	0,080
Suivi par Soins de supports	36 (40,5)	44 (41,5)	0,881
Motif d'hospitalisation			0,895
Soins de supports exclusifs	40 (44,9)	49 (46,2)	
Trouble organique et biologique	22 (24,7)	29 (27,4)	
Complication cancérologique	17 (19,1)	16 (15,1)	
Infection	10 (11,2)	12 (11,3)	
Le problème de santé évoluant depuis ‡			0,335
Moins d'une semaine	30 (33,7)	42 (40)	
Entre une et deux semaines	20 (22,5)	26 (24,8)	
Entre deux et quatre semaines	15 (16,8)	20 (19)	
Plus d'un mois	24 (27)	17 (16,2)	
Depuis que vous êtes pris en charge à l'ICL vous diriez que vous consultez votre médecin généraliste ‡			0,049
Aussi souvent qu'avant	49 (55,1)	63 (59,4)	
Moins souvent qu'avant	23 (25,8)	35 (33)	
Plus souvent qu'avant	17 (19,1)	8 (7,6)	
Votre médecin traitant reste le premier recours pour la gestion des complications en lien avec votre pathologie cancéreuse et/ou pour la gestion des effets secondaires de vos traitements carcinologiques ‡			0,020
Oui	44 (49,4)	35 (33)	
Non	45 (50,6)	71 (67)	

IQR : intervalle interquartile ; SISSPO : Service interdisciplinaire pour les Patients en Oncologie

* EHPAD, SSR, HAD

**Sarcome, Mélanome, Primitif inconnu

*** Thérapies ciblées, Hormonothérapie, Immunothérapie

Δ Non exclusif

‡ Issu de l'auto-questionnaire patient

Discussion

L'étude nous a permis de confirmer notre hypothèse principale qui estimait que les patients ne consultaient pas leur médecin traitant avant d'être hospitalisés puisque seulement 46 % des patients avaient consulté leur médecin pour le problème de santé motivant l'hospitalisation non programmée.

Notre étude a montré aussi qu'une majorité des patients atteints de cancer et suivis à l'ICL, considère que le médecin traitant n'est pas le médecin de premiers recours pour la gestion des complications du traitement oncologique.

Dans une étude publiée en 2017 par la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) 70% des médecins généralistes interrogés, évoquaient leur difficulté à gérer les complications de ces traitements spécifiques.(9) Le constat est identique dans une étude réalisée auprès des médecins généralistes du Pays de Loire. (10) Ce parallèle permet de penser que si les médecins ne se sentent pas expérimentés dans ce type de prise en charge, il semble compliqué que les patients puissent y recourir spontanément en toute assurance. Ainsi pour que les patients soient en confiance il faut aider le médecin traitant à être plus armé pour la gestion de ces prises en charges complexes, en développant la formation des professionnels et en renforçant le lien entre généraliste et spécialiste. Mais la perception de la place que peut et doit occuper le médecin traitant dans la prise en charge des effets indésirables liés au traitement du cancer est différente selon les professionnels sondés. Ainsi, dans une étude menée à l'institut Curie, qui interrogeait des généralistes et des oncologues, 54% de ces derniers pensent que le généraliste a sa place dans la gestion des effets secondaires, alors que seulement 34% de des médecins traitant estiment avoir un rôle dans leur gestion.(11)

Un autre élément intéressant de cette étude porte sur les motifs d'hospitalisation. La première cause d'hospitalisations non programmées concerne des symptômes en rapport avec les soins de supports, la fin de vie, la douleur et la prise en charge nutritionnelle ce qui est en contradiction avec les études réalisées par la DRESS et dans le Pays de la Loire qui stipulent que les médecins traitants pensent avoir un rôle très important dans la gestion de la fin de vie, de la douleur et des problématiques nutritionnelles. (9)(10)

Dans notre population, près de 80% des patients avaient une pathologie métastatique dont 55% dès le diagnostic. Ce constat suggère que la pathologie, de par le stade évolutif, occasionnait davantage de symptômes et une fragilité plus grande vis-à-vis des complications au traitement. Cette population constitue une cible des soins oncologiques de support précoces. Or notre étude montre que seulement 40 % des patients avaient déjà eu un contact avec l'équipe de soins de support de l'établissement.

Le centre anti-cancéreux de Nancy est un des pionniers dans la prise en charge des soins de supports en France, avec la création d'une structure de prise en charge de la douleur au sein de l'institut dès 1984, sous l'impulsion du Dr Krakowski. Cette structure a progressivement élargi son activité pour devenir dans les années 2000 un Service Interdisciplinaire de Soins de Supports pour les Patients en Oncologie. (13) Ce service, en plus d'une activité de consultations pluri professionnelles regroupe des lits d'hospitalisations conventionnelles et des lits d'hôpital de Jour. Cela n'est pas le cas pour tous les services de soins de supports des CLCC (Centre de Lutte contre le Cancer). Ainsi de par son implantation ancienne dans l'établissement une culture des soins de supports s'est créée avec, vraisemblablement un recours à l'équipe plus précoce et plus fréquent mais encore sous optimale au vu de nos résultats. Il y a probablement plusieurs explications à ce défaut de prise en charge, un nombre de praticien insuffisant par rapport à la taille du centre ? Une culture des soins palliatifs pas encore intégré dans la prise en charge globale du patient ? Une connotation péjorative des soins palliatifs ? Une difficulté pour les oncologues d'adresser les patients à leur confrère en soins de supports ?

Il serait intéressant d'étudier le taux de patients ayant une pathologie métastatique suivi par les équipes de soins de supports dans les autres CLCC, puis d'identifier les facteurs favorisant la prise en charge par les équipes de soins de supports, de recenser le nombre de praticien ? De quantifier les lits d'hospitalisations disponibles et d'évaluer l'implication des oncologues dans la prise en charge symptomatique.

Une autre perspective serait de chercher comment améliorer et favoriser l'intervention des équipes de Soins de Supports pour répondre à l'objectif d'une prise en charge de 100% des patients prônée par l'étude prospective d'UNICANCER pour l'horizon 2025(14) Perspective déjà publiée par UNICANCER en 2013, pour l'horizon 2020. Ces deux études sont prospectives après interview de 40 experts nationaux et internationaux.(15)

Cette étude permet aussi de moduler certaines données de la littérature évoquant la perte du suivi des patients par les médecins traitants dès lors qu'ils sont suivis pour leur cancer. Une majorité des patients interrogés déclarent consulter aussi souvent leur médecin traitant depuis le début de la prise en charge oncologique. Mais cet élément reste à confirmer car ces données soulèvent un biais de notre étude, le recueil étant déclaratif.

Peu d'études et aucune récente n'ont étudié ce sentiment de perte de suivi auprès des médecins généralistes(16), il serait probablement intéressant de voir si cette impression diffère alors que le médecin de premier recours prend une place de plus en plus prépondérante.

L'ICL est un centre régional qui draine la population d'un territoire géographique étendu. Nous pouvions supposer qu'un suivi long et une proximité du centre pouvaient être des facteurs de non consultation du médecin traitant, ce qui n'est finalement pas le cas dans notre travail.

La durée déclarée d'évolution des symptômes par les patients est un point qui soulève des remarques puisque 39% des patients signalent que le symptôme motivant leur hospitalisation non programmée évolue depuis plus de 2 semaines ce qui est relativement long. L'ancienneté du symptôme serait un motif de consultation plus fréquent chez le médecin traitant : 27% des patients, ayant un symptôme évoluant depuis plus d'un mois signale avoir consulté leur médecin généraliste, contre seulement 17% pour les autres.

Une étude évaluant la survie à un an de ces patients pourrait aider à évaluer si ces hospitalisations sont un facteur prédictif négatif de l'évolution de la pathologie.

Un des rôles des soins de supports est de favoriser le lien ville-hôpital et de permettre une meilleure coordination dans la prise en charge du patient. Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence un lien statistique entre la prise en charge de soins de support et la consultation du médecin traitant du fait d'un manque de puissance. Cependant, les patients suivis par l'équipe de soin de support avaient tendance à consulter plus leur médecin traitant, le sentant certainement plus impliqué dans la prise en charge globale.

Il serait pertinent d'évaluer la réponse que les médecins généralistes ont proposé à leur patient venant les consulter. Nous pouvons penser que ces consultations n'ont pas amélioré et ont même décalé la prise en charge du patient, puisque dans notre étude, seule une

minorité (22%) des hospitalisations urgentes ont été demandées par le médecin traitant lorsqu'il avait été sollicité au préalable. Cela suppose que les médecins généralistes pensaient pouvoir répondre en ambulatoire aux symptômes des patients, alors que finalement ce ne fut pas le cas.

Enfin, notre travail montre que la plupart des patients admis en hospitalisation non programmée venait de leur domicile, puisque seuls 7,7% vivaient en collectivité. Cependant ceci ne nous permet pas de savoir si une prise en charge en Hospitalisation A Domicile (HAD), dans un réseau permet de limiter les hospitalisations en urgence. Il serait donc également intéressant de préciser ce point dans une étude ultérieure.

Cette étude basée sur les informations données par les patients a permis de dresser un état des lieux de la place qu'occupe le médecin généraliste dans la prise en charge oncologique dans notre établissement. Il est indéniable que ces résultats sont soumis à un biais de déclaration dans la mesure où les réponses fournies peuvent être imprécises ou erronées. L'utilisation d'auto-questionnaire a exclu les patients dans l'incapacité d'y répondre et certains patients répondants aux critères d'inclusion n'ont pas été inclus car leur sortie a été réalisée avant d'avoir pu leur remettre ce questionnaire. La première conséquence est qu'il existe probablement un biais de sélection de la population analysée qu'il est difficile de quantifier. La seconde est que seulement 65% des effectifs prévus initialement ont pu être recrutés sur la période fixée d'un an. Ceci entraîne une perte dans la précision de la fréquence des patients ayant vu leur médecin généraliste pour le motif de l'hospitalisation mais également une perte de puissance dans la recherche des liens potentiels avec la prise en charge de soins de support et la consultation du médecin traitant notamment. L'un des moyens de contourner ces biais serait d'utiliser le Système national des données de santé (SNDS) afin de quantifier la consommation de soins de ville dans cette population admise en hospitalisation non programmée.

Conclusion

Cette étude a mis en évidence qu'une majorité des patients interrogés n'a pas consulté son médecin traitant avant son hospitalisation en urgence pour la prise en charge de complications en lien avec leur pathologie cancéreuse et/ou la gestion des effets secondaires des traitements spécifiques. Une plus large majorité considère que le médecin traitant n'est pas le médecin de premier recours pour la gestion de ces complications. Les patients délèguent donc ce rôle à leur oncologue. Ceci va à l'encontre de la politique de santé actuelle qui préconise une place plus importante du médecin traitant dans la prise en charge des maladies chroniques. Il est donc nécessaire de réfléchir aux moyens à mettre en œuvre afin que les patients puissent voir dans leurs médecins de famille un interlocuteur privilégié, y compris dans des situations complexes justifiant des actions multidisciplinaires. Cela passe-t-il par des campagnes publicitaires ou par un lien accru entre les généralistes et les spécialistes ?

Le second résultat interpellant de notre étude, est le pourcentage de patients, connus par le service de soins de supports de l'institut comparativement à la proportion de pathologies métastatiques, qui semble faible en regard des recommandations actuelles.

Bibliographie

1. Ribassin-Majed L, Le Teuff G, Hill C. La fréquence des cancers en 2016 et leur évolution. Bulletin du Cancer. 1 janv 2017;104(1):20-9.
2. INCA. Plan Cancer 2003-2007 [Internet]. [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
3. INCA. Plan Cancer 2009-2013 [Internet]. [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
4. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. 2015 [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
5. Institut National du Cancer. Organisation des Soins en cancérologie [Internet]. [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Organisation-des-soins-en-cancerologie>
6. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 19 août 2010;363(8):733-42.
7. Schütze H, Chin M, Weller D, Harris MF. Patient, general practitioner and oncologist views regarding long-term cancer shared care. Fam Pract. 14 oct 2017;
8. Gangler A, Delva R, Gamelin É. Rôle d'un omnipraticien au sein d'un établissement de lutte contre le cancer. Bulletin du Cancer. 1 avr 2013;100(4):323-32.
9. er1034.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1034.pdf>
10. 2018_17_cancer_panel3mgpdl.pdf [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2018_17_cancer_panel3mgpdl.pdf
11. DP_Observatoire_Cancer_Institut_Curie_Viavoie_2015.pdf [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: http://www.unicancer.fr/sites/default/files/DP_Observatoire_Cancer_Institut_Curie_Viavoie_2015.pdf
12. 32_NEAUjbaptiste.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: https://www.prescrire.org/Docu/PostersAngers/32_NEAUjbaptiste.pdf

13. 9782100776467_aide-memoire-soins-de-support-en-oncologie-adulte_Sommaire.pdf [Internet]. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: https://complements.lavoisier.net/9782100776467_aide-memoire-soins-de-support-en-oncologie-adulte_Sommaire.pdf
14. UNICANCER - Etude prospective - La cancérologie en 2025 : un patient et des soins connectés [Internet]. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.unicancer.fr/cancerologie-2025#interaction>
15. UNICANCER - Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? [Internet]. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.unicancer.fr/node/1778/>
16. Anvik T, Høltedahl 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.
17. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. Health Affairs. 1 mai 2010;29(5):766-72.

3. CONCLUSION

Ainsi de Mai 2018 à Mai 2019 nous avons cherché à savoir si les patients hospitalisés de manière non programmée dans les services de médecine de l'institut avaient consulté leur médecin traitant avant l'hospitalisation. Pour cela nous avons distribué un questionnaire, qui avait préalablement été validé par le CPP de Créteil en Avril 2018. Nous avons comme objectif un recrutement de 300 patients. Au total nous avons réceptionné 197 questionnaires alors que sur cette même période 460 hospitalisations non programmées ont été enregistrées. Cet écart entre le nombre de patients hospitalisés et le nombre de questionnaires renseignés s'explique par plusieurs raisons. La première est qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusions de l'étude (patient sans traitement actif ou à distance de plus d'un an de ces derniers) soit 152 patients ou 33%. La deuxième était les contraintes des services omettant parfois de transmettre à temps les hospitalisations avec impossibilité de remettre le questionnaire durant l'hospitalisation, cela représentait 64 patients soit 14%. Enfin les patients refusant de participer à l'étude représentaient 7%, 34 patients.

Ce questionnaire visait les patients en cours de traitement actif ou à moins d'un an de l'arrêt des traitements spécifiques et avait pour but de voir la place qu'occupait le médecin traitant du point de vue des patients. L'étude s'est déroulée dans un centre unique, un CLCC (centre de lutte contre le cancer) qui ne représente qu'une partie minoritaire des différents types d'établissements impliqués dans la prise en charge des patients en cancérologie (14%)(10). Les critères d'inclusion limitaient les patients à ceux encore en cours de traitement actif ou proches de leur arrêt (moins d'un an). Ainsi les patients les plus fragiles, ceux en prises en charge palliative exclusive depuis plus d'un an n'étaient pas intégrés à l'étude, tout comme les patients trop faibles pour pouvoir remplir le questionnaire.

Cette étude a permis de conclure que 54% des patients hospitalisés de manière non programmée ne consultaient pas en amont leur médecin, ce qui constituait notre hypothèse principale. Ces résultats sont intéressants car ils montrent que plus de la moitié des patients hospitalisés de manières urgentes et non programmées, n'ont pas consulté leur médecin traitant ce qui entraîne possiblement un retard diagnostique mais aussi un encombrement

des services de médecine de l'ICL à l'heure où les lits d'hospitalisations sont de plus en plus rares et difficiles à trouver. La cancérologie, comme les autres disciplines médicales, doit faire face au tournant ambulatoire avec de plus en plus de séances et de gestes techniques qui ne sont plus suivi d'hospitalisations. Il est donc important qu'un relais solide et réactif s'établisse en ville. Mais pour qu'il se crée, il faut inclure le patient et les acteurs de soins primaires dans cette démarche.

Un des objectifs secondaires de cette étude était de connaître et de hiérarchiser les motifs d'hospitalisations. Nous avons trouvé les résultats suivants :

- ***Soins de supports exclusifs (45,4%) :***
 - Douleur
 - Prise en charge nutritionnelle
 - Altération de l'état général
 - Soins palliatifs
- ***Infections (11,2%)***
- ***Trouble organique et biologique (26%) :***
 - Hyperkaliémie, hypokaliémie
 - Trouble digestif, décompensation cardio pulmonaire
- ***Complication cancérologique (17,4%) :***
 - Aplasie,
 - Évolution tumorale
 - Complication des traitements spécifiques

Les autres objectifs secondaires étaient :

- Rechercher si la distance géographique de l'institut renforce le lien avec le Médecin Généraliste
- Déterminer le nombre de patients n'ayant pas de médecin traitant
- Rechercher la confiance qu'ont les patients dans leur médecin généraliste
- Analyser le ressenti des patients sur la transmission des informations médicales de l'ICL vers la médecine de ville

Les réponses que nous apporte l'étude ne sont pas forcément celles que nous imaginions. Effectivement nous pouvions penser que la proximité des patients avec le centre diminue le lien avec leur médecin traitant, alors que pour la population étudiée, qui était équitablement répartie au niveau géographique, il n'a pas été retrouvé de lien entre la distance domicile/institut et la consultation ou non avec le médecin traitant. Un autre élément surprenant est la vision des patients du rôle des médecins de famille. Effectivement une majorité significative, respectivement, 56% et 60% ne considère pas leur médecin traitant comme le premier recours pour un problème aigu et sérieux ou pour la gestion des complications ou effets secondaires des traitements oncologiques.

Ces résultats sont intéressants car ils représentent l'avis d'une population cible, patients atteints de cancer et en cours de traitements. Il serait probablement d'un grand intérêt de comparer ces chiffres à ceux de patients n'ayant jamais eu de cancer. Un autre élément qui attire l'attention est la mise en parallèle de ces chiffres avec des études prospectives faites sur des panels de médecins traitants à l'échelle régionale(25) et nationale(27). A ces panels de médecins généralistes, il était demandé leur place et leurs difficultés dans le suivi des patients traités en cancérologie. Étonnamment et dans des proportions communes aux deux études, 70% des médecins interrogés déclaraient que la gestion des effets indésirables des traitements spécifiques était une difficulté « importante » voire « très importante ». Alors que seulement 50% d'entre eux considéraient comme une difficulté « importante » la gestion des urgences. Une autre étude plus ancienne, avait cherché à trouver le rôle qu'avaient effectivement les médecins généralistes en France et en Norvège(28). Cette étude consistait en un questionnaire distribué aux médecins ayant suivi dans la dernière année des patients atteints de cancer. Cette étude montrait que seulement 54% des médecins Français pensaient avoir un rôle dans la gestion des effets secondaires des traitements, contre 47% pour les médecins Norvégiens. Ces chiffres sont intéressants car ils reflètent le ressenti des patients alors que les politiques publiques souhaitent confier un rôle de plus en plus important au médecin généraliste. Il est donc primordial d'améliorer la communication entre médecins, les liens et les transmissions d'informations entre professionnels et la formation des acteurs de soins primaires. Il faut également développer la communication en direction des patients et du grand public pour affirmer que les professionnels de soins primaires sont en capacité de les prendre en charge.

Un des objectifs secondaires de l'étude était d'analyser le surcoût médico-économique de ces hospitalisations. Hélas nous n'avons pas pu déterminer ni quantifier combien ces hospitalisations coûtaient, ni si elles pouvaient être un facteur prédictif péjoratif sur la survie des patients. Pour cela il serait intéressant de suivre la population à un an et de comparer la survie à celle de l'ensemble des patients suivis à l'institut sur la même période. Par contre l'étude nous a permis de voir que les patients avaient en moyenne deux hospitalisations non programmées depuis le début de la prise en charge à l'institut.

Un autre élément ressorti de l'étude alors qu'il ne faisait pas partie des objectifs, est le pourcentage de patients suivis par l'équipe de soins de supports de l'institut. Ce pourcentage est important car l'institut de cancérologie de Lorraine est pionnier dans ce domaine comme on l'a vu précédemment. Seulement 40% de la population étudiée avait eu au moins un contact avec un professionnel de soin de supports. Si on en croit la littérature ce chiffre est artificiellement bas car la prise en charge spécialisée diminue le nombre d'hospitalisations. Il serait donc intéressant de le confirmer en le comparant au pourcentage global des patients suivis par le service de soins de supports.

Un point que nous n'avons que très peu évoqué est la prise en charge des patients par les réseaux, les HAD, qui se développent très rapidement depuis plusieurs années. L'étude ne permet pas d'explorer si la prise en charge en ville par des structures spécialisées diminue le nombre d'hospitalisations, ou la durée d'évolution des symptômes. A l'heure où se développent les hospitalisations à domicile on peut imaginer qu'un lien étroit permette de mieux gérer les symptômes des patients avec des réponses plus rapides, et des hospitalisations moins fréquentes. Ce mode de partenariat pourrait aussi permettre aux médecins de premiers recours de mieux trouver leur place centrale. Pouvons-nous espérer que le généraliste se sente moins en difficulté dans la gestion des patients en cours de prise en charge oncologique grâce au support technique et médical qu'apportent les HAD et les réseaux ?

Les perspectives de recherche sont encore nombreuses, car le médecin traitant, qui est aussi appelé généraliste, le médecin de premier recours, le médecin de famille ou encore médecin de soin primaire a un champ d'action qui tend à s'étendre davantage. Grâce aux progrès thérapeutiques nous arrivons à contrôler, sans guérir, de plus en plus de maladies. Le

médecin traitant doit apprendre à suivre, contrôler, éduquer, et orienter les patients. Car multiples sont les pathologies, comme le diabète ou bien certaines maladies neurodégénératives, ou encore les cardiopathies qui n'entraînent plus une mortalité à court terme. Ce sont donc autant de pathologies pour lesquelles le généraliste doit se former tout en gardant son rôle de proximité. Il semble donc évident que les soins de supports, certes créés à travers le modèle de la cancérologie peuvent s'appliquer à toute pathologie qui entraîne des consultations itératives et qui entrave, même indirectement, la qualité de vie des patients et que le médecin généraliste y a toute sa part.

BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA EUROPE. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE [Internet]. Bureau Européen de l'OMS, Barcelone, Espagne; 2002 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Crismer A, Belche J-L, Vennet J-LV der. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne, Primary healthcare is more than just first-line healthcare. Santé Publique. 12 août 2016;28(3):375-9.
3. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. Health Affairs. 1 mai 2010;29(5):766-72.
4. Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. Revue française des affaires sociales. 22 oct 2010;(3):11-20.
5. Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Anna Marek. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande [Internet]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2009 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>
6. Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses [Internet]. [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport_charges_produits_2017.pdf
7. DRUAIS P-L. Rapport: « La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé » [Internet]. 2015 [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
8. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Loi de Modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf

9. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. [Internet]. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2013. 122 p.; [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-de-la-mortalite-et-de-la-survie-stade-au-diagnostic/Estimation-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1980-et-2012-Tumeurs-solides>
10. Les_cancers_en_France_en_2016_L_essentiel_des_faits_et_chiffres_mel_20170203.pdf.
11. Activité médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en cancérologie pour la chimiothérapie [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Soins/La-chimiotherapie/Evolution-de-l-activite-de-chimiotherapie>
12. INCA. Plan Cancer 2003-2007 [Internet]. [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
13. Institut National du Cancer. PLAN CANCER 2009 2013 RAPPORT FINAL AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE JUIN 2013 [Internet]. 2013 [cité 8 août 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
14. Santé publique France - Le cancer en France métropolitaine : projections d'incidence et de mortalité par cancer en 2017 [Internet]. [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Le-cancer-en-France-metropolitaine-projections-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancer-en-2017>
15. Gangler A, Delva R, Gamelin É. Rôle d'un omnipraticien au sein d'un établissement de lutte contre le cancer. Bulletin du Cancer. 1 avr 2013;100(4):323-32.
16. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. Bulletin du Cancer. 1 mai 2012;99(5):557-62.
17. Nguyen T-D, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H. Perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010. Bulletin du Cancer. 1 oct 2011;98(10):1143-52.
18. Continuité des soins en médecine générale au diagnostic de cancer (COOC-GP study) : une étude de cohorte nationale sur 5840 patients. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 mai 2018;66:S185.

19. Institut National du Cancer. Organisation des Soins en cancérologie [Internet]. [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Organisation-des-soins-en-cancerologie>
20. 9782100776467_aide-memoire-soins-de-support-en-oncologie-adulte_Sommaire.pdf [Internet]. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: https://complements.lavoisier.net/9782100776467_aide-memoire-soins-de-support-en-oncologie-adulte_Sommaire.pdf
21. CIRCULAIRE N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. [Internet]. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Sous-Direction de l'organisation du système de soins « O »; [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Definition>
22. Dalal S, Palla S, Hui D, Nguyen L, Chacko R, Li Z, et al. Association between a name change from palliative to supportive care and the timing of patient referrals at a comprehensive cancer center. *Oncologist*. 2011;16(1):105-11.
23. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 19 août 2010;363(8):733-42.
24. ARS Lorraine: Traitement du cancer [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <http://arslorraine.prod.flexit.fr/index.php?id=256>
25. PRS2_Etat_des_lieux_00_SYNTHESE_20170519.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_00_SYNTHESE_20170519.pdf
26. Site de l'Institut de Cancérologie de Lorraine [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.icl-lorraine.fr/images/PDF/com_dons/Rapport_Activite_ICL_2016_web.pdf
27. er1034.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1034.pdf>
28. General practitioners' role in cancer care: a French-Norwegian study | BMC Research Notes | Full Text [Internet]. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-2-200>

VU

NANCY, le **20 août 2019**
Le Président de Thèse

NANCY, le **06 septembre 2019**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Thierry CONROY

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **10858**

NANCY, le **06 septembre 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

La prise en charge du cancer est en France un enjeu de santé publique. Son incidence se stabilise voire diminue, mais la prévalence augmente. Les politiques publiques donnent au médecin généraliste un rôle central dans la prise en charge : il doit être présent à toutes les phases de la maladie, du dépistage à la période de l'après cancer. Nous avons réalisé Etude prospective monocentrique pendant un an à l'Institut de Cancérologie de Lorraine, Nancy. Ce travail a montré que 54% des patients de l'étude n'avaient pas consulté leur médecin traitant pour le problème de santé motivant l'hospitalisation et que 69% des patients interrogés pensent qu'il n'est pas le médecin de premier recours pour la prise en charge des complications et des effets indésirables des traitements oncologiques.

Les médecins généralistes ne sont pas encore intégrés dans la prise en charge active du cancer pour les patients de l'étude. Les symptômes que les médecins généralistes disent facilement prendre en charge restent pourtant les motifs les plus fréquents d'hospitalisations.

MOTS CLES : general practitioner; oncology; management of cancer

TITRE EN ANGLAIS : Patients perception of the general practitioner place in oncology management : A prospective study at the Institut de Cancérologie de Lorraine

THESE MEDECINE GENERALE - ANNEE 2019 –

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

BP20199

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY CEDEX
