

Implication du médecin généraliste dans la prise en charge du patient oncologique

Points de vue des médecins généralistes et oncologues

Docteur De Vogelaere Marie

Année académique 2020-2021

Travail de fin d'études en vue de l'obtention du master complémentaire en
médecine générale

Promoteur : Docteur Gilliaux Marc

Remerciements

Ce travail représente l'aboutissement de neuf années d'étude.

Neuf années d'études de médecine générale, c'est six ans sur les bancs d'université et trois ans d'assistantat. Mais c'est aussi 320 centimètres de pile de syllabi, 854 cafés et 42 nuits blanches en blocus comme en stage, des dizaines de belles rencontres et quelques larmes d'épuisement mais de grandes joies aussi. Je voudrais donc adresser quelques remerciements.

ooo

Au Docteur Gilliaux Marc, mon promoteur, de m'avoir épaulée et conseillée lors de ce travail. Je le remercie lui et le Docteur Lamy Dominique pour nos enrichissantes heures de séminaires passés ensemble.

Au Docteur Carolides Johnny, mon maître de stage depuis presque trois ans, d'avoir accompagné mes premiers pas en tant que médecin généraliste et d'avoir toujours été à l'écoute.

Aux huit médecins ayant participé à l'étude, d'avoir pris de leur temps malgré la période épidémique pour répondre à mes questions.

A mes consoeurs et confrères des bancs de l'école, d'avoir sublimé ces heures de cours.

A mes amies et amis de toujours, de m'avoir encouragée à chaque étape de mon cursus.

A ma famille, de m'avoir permis de concrétiser ce rêve de gosse que d'être médecin et d'avoir été d'un soutien sans faille du début à la fin.

A Louis, mon conjoint, de trouver les mots justes et d'embellir ma vie de jour en jour.

Table des matières

Liste des abréviations.....	4
Résumé	5
1 Introduction	7
2 Méthodologie	8
2.1 Recherche bibliographique	8
2.2 Définition de la question de recherche	8
2.3 Choix de la méthode.....	9
2.4 Echantillonnage.....	9
2.4.1 Critères d’inclusion et exclusion	9
2.4.2 Recrutement.....	9
2.4.3 Description de l’échantillon.....	10
2.5 Entretiens	10
2.6 Analyse des données	11
2.7 Comité d’éthique	12
2.8 Réflexivité sur le travail.....	12
3 Résultats.....	12
3.1 A chaque étape du parcours.....	12
3.1.1 Avant le diagnostic	12
3.1.2 Du diagnostic à la fin du traitement	16
3.1.3 Après le traitement.....	23
3.2 Communiquer pour se sentir impliqué	25
3.3 Et d’un point de vue plus général.....	27
4 Discussion.....	29
4.1.1 Analyse des résultats	29
4.1.2 Pistes de réflexion	34
4.1.3 Forces et limites de l’étude.....	38
5 Conclusion	39
6 Bibliographie	41
7 Annexes.....	44

Liste des abréviations

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

CEA = Carcinoembryonic Antigen ou Antigène carcino-embryonnaire

CA-125 = Carbohydrate Antigen 125

EBM = Evidence-based Medecine

COM = Concertation Oncologique Multidisciplinaire

WONCA = World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

KCE = Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Résumé

Introduction

Le cancer reste une pathologie fréquente et le médecin généraliste est amené à rencontrer et suivre des patients oncologiques tout au long de sa carrière. Pourtant, son implication dans la prise en charge de ces patients n'est pas très bien définie.

L'objectif de ce travail est donc de recueillir et analyser l'avis et le ressenti des médecins généralistes et oncologues sur le sujet.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée sur base d'entretiens semi-dirigés auprès de 6 médecins généralistes et 2 oncologues de la Belgique francophone, en province du Hainaut.

Résultats

Même si les avis divergent, surtout pour la phase de traitement, cette étude fait ressortir que les médecins généralistes peuvent jouer un rôle à chaque étape du parcours du patient oncologique. La communication et collaboration entre oncologues et médecins généralistes semblent être un point-clé de cette implication.

Conclusion

Les rôles du médecin généraliste dans la prise en charge du patient oncologique peuvent être définis en termes de préventions primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire de manière chronologique. Les caractéristiques propres du médecin traitant comme la disponibilité, le soutien aux familles, le travail en réseau, etc. peuvent l'aider à améliorer la continuité des soins. Plusieurs moyens de communication peuvent améliorer la collaboration et ainsi, l'implication du médecin généraliste.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Indexation

Codes ICPC-3 : AD25 Malignancy.

Q-Codes : QR31 étude qualitative, QD22 globalité, QD25 continuité de soins, QS31 collaboration de la pratique, QS33 coordination des soins.

Mots-clés : médecine générale, general practice, cancer

1 Introduction

Le cancer, tout site confondu, n'est pas une maladie rare et il reste la deuxième cause de décès dans le monde et en Belgique selon l'OMS et le site STATBEL. [1] [2]

Et donc, près d'un décès sur 6 est lié à cette maladie.

Selon le Registre du Cancer, en Belgique, en 2018, 32 819 nouveaux cas de cancer invasif ont été diagnostiqués chez les femmes et 37 649 chez les hommes, pour un total de 70 468 nouveaux cas. [3]

Une projection avait été réalisée de 2015 à 2025. Une augmentation globale de 17% est attendue sur 10 ans, passant de 67820 cas en 2014 à 79140 cas pour 2025. [4]

Cette évolution est liée de manière importante à l'accroissement de la population, au vieillissement de celle-ci et aux modes de vie ou plutôt à leur dégradation. [5]

Les cancers les plus fréquents chez l'homme sont le cancer de la prostate, du poumon et du colon. Tandis que chez la femme, les cancers les plus fréquents sont ceux du sein, du colon et du poumon. Ces cancers représentent à eux seuls la moitié de tous les cancers.

Cette proportion grandissante amène et amènera le généraliste à rencontrer et suivre des patients oncologiques tout au long de sa carrière.

Mais quelle place pour le médecin de famille dans la prise en charge du malade ?

Car en effet, une fois le cancer diagnostiqué, le parcours du combattant commence. Le patient reçoit un ou plusieurs traitements. Ceux-ci sont spécifiques et impliquent un suivi médical spécialisé et continu. D'ailleurs, j'ai déjà pu remarquer lors de ma courte expérience que le médecin généraliste peut perdre son patient de vue à partir de l'initiation du traitement.

L'objectif de ce travail de fin d'études est donc de recueillir l'avis, le ressenti et l'expérience des médecins généralistes et oncologues sur l'implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique.

2 Méthodologie

2.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée entre février 2020 et avril 2021. Une première étape a été de préciser le sujet et la question de recherche. J'ai utilisé Pubmed et Cochrane Library comme moteurs de recherche. Les mots-clés employés ont été : « general practioner », « primary physician », « cancer », « cancer following », « role ». J'ai sélectionné uniquement les articles en français ou anglais. J'ai privilégié les articles ayant une date de parution postérieure à 2010. Certains articles de cette recherche m'ont servi lors de la discussion des résultats.

Pour celle-ci, j'ai utilisé les mêmes moteurs de recherche et introduit ces mots-clés : « primary prevention », « cancer », « quaternary prevention », « continuity of care ».

Pour l'introduction, des données plus générales sur le cancer ont été recueillies sur des sites nationaux comme ceux de la Fondation du Cancer, du Belgian Cancer Register, de STATBEL et de l'OMS.

2.2 Définition de la question de recherche

Lors de ma recherche bibliographique, je n'ai trouvé que quelques études portant sur le sujet qui m'intéressait. Ces études n'alliaient que rarement le questionnement de la première ligne et de la seconde ligne.

Mon questionnement étant né d'une expérience professionnelle, l'objectif est donc de recueillir des informations et expériences sur le suivi d'un patient oncologique par le médecin généraliste. Je tenais à interroger aussi la seconde ligne pour confronter les vécus et impressions.

Donc, la question de recherche s'est posée comme suit : « Implication du médecin généraliste dans la prise en charge du patient oncologique. Points de vue des médecins généralistes et oncologues ».

2.3 Choix de la méthode

Le choix de la méthode m'a paru évident. En effet, recueillir les impressions, les expériences, les ressentis et le vécu des médecins généralistes et oncologues, c'est laisser le discours être libre. L'étude qualitative avec entretiens semi-dirigés m'a semblé être une des meilleures options.

2.4 Echantillonnage

2.4.1 Critères d'inclusion et exclusion

Les critères d'inclusion, pour les médecins généralistes, ont été : être médecin généraliste ou assistant en médecine générale, avoir eu au moins un patient oncologique, parler le français.

Les critères d'inclusion, pour les oncologues, ont été : être oncologue, parler le français. Un seul critère d'exclusion a été émis, pour les oncologues : exercer l'oncologie pédiatrique. En effet, cette discipline est assez spécialisée et rares sont les cas en médecine générale.

2.4.2 Recrutement

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait par envoi d'invitations électroniques. Les mails ont été envoyés sur l'adresse professionnelle ou personnelle de médecins de la région de La Louvière et de la région de Binche. D'autres mails ont été envoyés au cercle de garde PGN6 pour la région de Soignies-Tubize, au cercle de garde AMGM pour la région de Mons et environs et au cercle de garde UMGB pour la région du Borinage.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Dans le mail-type envoyé, que l'on peut retrouver en annexe, il était spécifié l'objectif du travail, la durée probable d'un entretien et les modalités d'enregistrement.

Peu de médecins ont répondu aux invitations.

Le recrutement des oncologues s'est fait de manière similaire, par courriers électroniques. Ceux-ci ont été envoyés aux secrétariats des services d'oncologie de la région de Charleroi et de La Louvière.

2.4.3 Description de l'échantillon

Six médecins généralistes ont été interrogés, deux femmes et quatre hommes. Nous retrouvons une assistante en médecine générale de première année, un jeune médecin et quatre médecins expérimentés.

Différentes pratiques sont présentes : solo et associations pluri- ou unidisciplinaires. Aucun médecin interrogé ne pratique en maison médicale. Plusieurs médecins possèdent des formations plus spécifiques, notamment en nutrition et médecine sportive.

Les profils sont repris et détaillés en annexe.

Deux oncologues ont été interrogées. Il s'agit de deux femmes, toutes deux travaillant donc en milieu hospitalier, hors capitale.

2.5 Entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur une période de 2 mois et 1 semaine. Les 6 entretiens des médecins généralistes se sont déroulés dans leur cabinet respectif et les entretiens des oncologues se sont déroulés à l'hôpital.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Un bref rappel des modalités d'enregistrement et d'anonymisation a été fait avant chaque entretien.

Les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone, non pas par téléphone mobile.

Les guides d'entretien ont été réalisés suite à la recherche dans la littérature, un pour les médecins généralistes et un pour les oncologues. Le guide d'entretien pour les médecins généralistes ouvre la discussion avec une question ouverte portant sur la description d'un cas vu dans la pratique. La chronologie du parcours d'un patient oncologique a été le fil conducteur de l'entretien. Enfin, la communication entre première et deuxième ligne a été abordée. Les guides sont retrouvés en annexe.

Des silences, des questions de relance, des questions pour préciser la pensée ont été utilisés pour approfondir certains sujets. Ceux-ci ne sont pas repris dans les guides.

Malheureusement, malgré les informations données au préalable sur la durée d'un entretien, un des médecins généralistes n'avait à m'accorder qu'une dizaine de minutes. Les 8 entretiens ont une durée moyenne de 35 minutes.

Deux entretiens peuvent être retrouvés en annexe, l'interview d'un des médecins généralistes et l'interview d'une des oncologues.

2.6 Analyse des données

Les 8 interviews ont été retranscrites mot à mot sur le programme Microsoft Office Word sans l'utilisation d'un logiciel de retranscription. Elles constituent la base de données à analyser.

L'analyse des résultats s'est faite par la méthode de théorisation ancrée. Des morceaux de texte pouvant être intéressants pour la question de recherche ont été labellisés. Ensuite, ces étiquettes ont pu être rassemblées par thématiques et concepts.

Le travail d'analyse a été facilité par le canevas des guides d'entretien.

2.7 Comité d'éthique

Le projet d'études à été soumis au Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) en date du 26 décembre 2020.

Un avis favorable en ces termes : « Les membres du GEIMG ont décidé à l'unanimité, sur base des informations transmises, que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée. » a été rendu le 19 janvier 2021. La réponse du comité d'éthique est à retrouver en annexe.

2.8 Réflexivité sur le travail

Une certaine part de subjectivité a pu influencer ce travail étant donné que l'étude a débuté après une constatation personnelle faite à partir d'une expérience professionnelle. Cependant, j'ai essayé au mieux de minimiser cette influence en ne dévoilant qu'à la fin des interviews mon ressenti de départ.

La réalisation d'une étude qualitative était une première pour moi. Et l'exercice n'a pas toujours été chose aisée, surtout pendant cette période de pandémie.

3 Résultats

3.1 A chaque étape du parcours

3.1.1 Avant le diagnostic

3.1.1.1 Prévention

Une des premières choses à réaliser c'est la prévention, elle est primordiale en médecine générale. Tous s'entendent sur ce point.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

O1 : « Avant le diagnostic, c'est certainement la prévention au quotidien. Je pense que le médecin généraliste doit faire de la prévention ».

Elle concerne surtout les comportements à risque. Ceux-ci sont à identifier et nous devrions inviter le patient à corriger ses comportements pour minimiser le risque d'apparition de cancer.

MG2 : « Donc, principalement la lutte contre le tabagisme, l'obésité, le diabète et peut-être d'autres facteurs de risque, comme la génétique ».

Donc, comme le signale le médecin généraliste MG2, pour lui, il faut rester attentif aux antécédents familiaux de cancer et donc à la prédisposition génétique.

3.1.1.2 Dépistage

Une deuxième implication est le dépistage précoce. Pour nos médecins généralistes et nos oncologues, il faut bien évidemment proposer les dépistages dont l'efficacité est avérée comme pour le cancer du colon, de la prostate ou du sein.

MG1 : « Le cancer, c'est un diagnostic, c'est un examen préventif qu'on a demandé (...) il y a énormément de gens qui viennent d'un dépistage du colon ou d'un dépistage du sein ».

Il est cependant évident, pour deux des médecins généralistes, que la question du dépistage doit rester une proposition et non une obligation, quitte à se retrouver face à un refus.

MG1 : « ... je sais ouvrir la discussion, je propose de l'ouvrir. Le patient dispose. Si je vois que le patient n'a pas envie qu'on le fasse et bien, je respecte et je fais marche arrière ».

MG3 : « Alors, par expérience faire de la prévention quand la question ne vient pas d'eux ou la démarche ne vient pas d'eux, ce n'est pas évident. Maintenant, il y a toujours bien un moment où on peut glisser un mot sans faire le pressing ».

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Le médecin généraliste MG6 n'hésite pas à réaliser des prises de sang avec certains marqueurs tumoraux comme le CEA, le CA-125 ou même le fibrinogène. Il réalise ces dosages quand les antécédents, symptômes ou signes lui semblent justifier ces analyses même si cette attitude ne figure pas dans l'EBM.

MG6 : « Un autre exemple, quelqu'un qui était venu pour douleurs aussi abdominales mais plus sournoises. Mon premier réflexe, bon dès qu'ils ont 40-50 ans, c'est d'aller voir les prises de sang précédentes. (...) Et s'il y a des antécédents familiaux, est-ce qu'on a déjà dosé un CEA. Je sais bien que ce n'est pas de l'EBM (...) »

3.1.1.3 Des symptômes évocateurs

D'ailleurs, un autre point d'attention, selon deux médecins généralistes de l'étude, est d'être alerté par la survenue de symptômes évocateurs, surtout chez des patients à risque. Cette attitude est aussi préconisée par l'oncologue O2 qui évoque que la plupart des diagnostics sont réalisés lorsque le patient a des symptômes.

MG5 : « Donc, par exemple, quelqu'un qui fume, je vais toujours faire attention à son timbre de voix, puisque bon, je ne vais pas lui faire un examen laryngé tous les deux mois. Mais par contre, le jour où sa voix devient plus grave ou plus aigue, c'est plus rare, plus grave, plus frissonnante, à ce moment-là, on va plus vite vers les examens. »

O2 : « Je pense que c'est quand même souvent lui qui est interpellé par des symptômes. Malheureusement, dans beaucoup de cancers, ce sont les symptômes qui révèlent le cancer. C'est rarement des diagnostic fortuits, de hasard sur des examens qu'on fait. C'est souvent des symptômes qui interpellent le patient qui fait qu'ils vont consulter. »

3.1.1.4 Examens et bilan d'extension

Pour arriver au diagnostic, un bilan plus complémentaire avec plusieurs examens est souvent nécessaire. Deux médecins généralistes insistent qu'il faut référer le patient à l'oncologue le plus rapidement possible quand les examens se révèlent suspects. Le médecin généraliste MG1 considère que l'oncologue est plus compétent afin de réaliser ce bilan, tout ça dans l'intérêt du patient.

MG1 : « Assez vite, je crois qu'il faut référer. Et je réfère très vite, je ne fais pas l'apprenti et tout ça. Il y a des choses que je sais faire, bien entendu, mais je trouve que ce qui moi me guide c'est l'intérêt du patient. Donc, il faut mettre tout de suite les choses convenablement. Il faut que le patient se sente pris en charge. »

Selon le médecin généraliste MG4, le médecin traitant peut alors activer son réseau pour accélérer le processus de diagnostic et ainsi diminuer l'anxiété du patient et travailler avec des gens de confiance.

MG4 : « Donc, je fais fonctionner mon réseau, la radiologue fait fonctionner son réseau et ça marche du tonnerre. Donc, en réseau, le patient n'a plus qu'à aller prendre ses rendez-vous. Il est dans un endroit de confiance. »

Par contre, pour le médecin généraliste MG5, le bilan d'extension peut être fait par lui-même. Il nous évoque le fait que cela peut aider le patient à se préparer au diagnostic dans un contexte plus serein.

MG5 : « ... je m'étais arrangé pour lui faire faire moi-même tout le bilan d'extension avant qu'il ait pu avoir sa consultation avec l'oncologue pour le préparer, pour que cela se passe calmement. »

Tandis que l'oncologue O1 pense qu'il est plus du ressort du spécialiste à réaliser ce bilan d'extension, puisque c'est une mise au point du cancer. Dans ce cas-ci, nous sommes déjà après le diagnostic de cancer.

O1 : « Au moment du diagnostic, là où il risque de moins intervenir c'est lorsqu'on fait ce qu'on appelle le bilan d'extension, la mise au point du cancer. Là, en

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

général, c'est vrai que ça se fait en intra-hospitalier et le médecin généraliste n'a pas réellement de rôle. »

Dans ce cheminement déjà difficile pour le patient, il est important pour le médecin généraliste MG5 de dire à son patient à quoi il peut s'attendre pour un examen donné. Le patient peut ainsi déjà ordonner ses idées.

MG5 : « Donc, je ne suis pas alarmiste. Maintenant, les gens, en général, quand ils font un examen, j'essaie de leur dire toujours à quoi est-ce qu'on peut s'attendre. Si c'est positif, qu'est-ce qu'on va peut-être faire. Si c'est négatif, qu'est-ce qu'on va peut-être faire. »

3.1.2 Du diagnostic à la fin du traitement

3.1.2.1 Annonce du diagnostic

Le diagnostic de cancer est souvent annoncé au patient par l'oncologue ou le spécialiste après les examens comme le signale le médecin MG3 et l'oncologue O2.

MG3 : « Souvent, il est annoncé par l'oncologue. »

Il peut cependant être annoncé par le médecin généraliste quand le bilan d'examens est réalisé par celui-ci ou quand le diagnostic nous arrive à brûle-pourpoint. D'ailleurs, le médecin généraliste MG5 lui préfère l'annoncer lui-même car il estime pouvoir appréhender au mieux les réactions de son patient comme il le connaît sûrement mieux que le spécialiste.

MG5 : « Quand c'est moi qui prends en charge, j'ai tendance à vouloir l'annoncer moi-même parce que j'estime que je fais mieux ça. (...) On connaît aussi les gens, on sait, en tout cas, on croit savoir comment ils vont réagir. »

Une fois le diagnostic annoncé, certains médecins généralistes, dont le participant MG3, constatent que les patients ont tendance à les rappeler ou les

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

revoir. Ils ressentent que les patients ont besoin de leur livrer eux-mêmes l'information. Parfois, ils s'assurent auprès de leur médecin généraliste d'avoir bien tout compris ou s'interrogent sur la véracité du diagnostic, quitte à ce que le médecin généraliste répète en d'autres termes le discours préalable de l'oncologue. Le médecin généraliste peut à ce moment-là faire face aussi au refus d'accepter du patient.

MG3 : « Quoiqu'il arrive, que cela soit en oncologie ou autre chose, ils nous appellent systématiquement pour nous le dire. »

« A mon avis, c'est toujours être rassuré. Est-ce que ça va aller ? Comment cela va se passer ? Mais c'est aussi parfois, est-ce qu'on est sûr du diagnostic ? »

Le médecin généraliste MG4 élargit le champ de cette annonce aussi à la famille. Pour elle, le malade ou les proches ont besoin d'aide pour informer l'entourage.

MG4 : « J'ai vu le mari d'une patiente atteinte d'un cancer du sein hier. Il m'avait téléphoné pendant les fêtes, j'ai pris une heure de mon temps. Et aussi, un peu driller sur comment l'annoncer aux enfants. »

3.1.2.2 Choix du traitement

Pour le choix des traitements, les médecins généralistes et les oncologues sont d'accord, ce choix est du ressort du spécialiste. Les traitements oncologiques sont particulièrement pointus et standardisés pour un bon nombre de patients. Chacun possède son domaine d'expertise.

MG6 : « Tout ce qui est le choix entre la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie ou l'abstention, si nécessaire la chirurgie, ça c'est l'oncologue qui sait au mieux. »

O2 : « Pour les patients moyens, standards, les traitements standards sont déjà écrits. Et partout, en Belgique et en Europe, ils vont recevoir les mêmes traitements. »

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Par contre, dans certaines situations, comme l'oncologue O1 tient à le souligner, le médecin généraliste peut intervenir dans le choix du traitement, au début ou en cours de parcours. En effet, le généraliste peut fournir des informations concernant la situation familiale et sociale, sur l'état de santé physique ou psychologique du patient. Ainsi, ces données, inconnues de l'oncologue, pourraient orienter la prise en charge thérapeutique.

O1 : « Et donc, parfois l'apport du médecin généraliste nous aide à prendre des décisions. C'est souvent le cas pour les patients plus âgés. C'est le cas dans des situations où le patient n'est pas bien du tout, pas en état d'avoir une chimiothérapie. »

Ces décisions sont généralement prises au cours d'une réunion multidisciplinaire appelée Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM). Globalement, les médecins généralistes de l'étude ont l'impression de n'y être pas réellement invités ou les bienvenus puisque les horaires de ces colloques ne sont pas superposables à l'agenda d'un généraliste et qu'ils ne reçoivent pas assez d'informations. D'ailleurs, certains n'y revendiquent même pas leur présence.

MG1 : « Ce que je n'aime pas, c'est les réunions multidisciplinaires où le généraliste est invité mais quand on téléphone à l'hôpital, c'est toujours dans des heures impossibles pour un médecin généraliste. Je n'aime pas parce que le radiologue, lui, peut venir, le laborantin, tout ça et le médecin qui connaît la personne, qui la suit depuis longtemps, d'un coup, il devient insipide, inodore, incolore et comme s'il n'existait pas. »

MG6 : « C'est clair qu'on aurait pas le temps d'aller assister à toutes les COM de tous nos patients. »

Les deux oncologues soulignent le fait que les COM se passent de manière assez structurée et que d'un point de vue organisationnel, il est difficile d'y faire assister le médecin généraliste dont l'avis n'est pas toujours indispensable. De plus, l'oncologue O1 précise que chaque généraliste possède son propre avis sur la question.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

O2 : « En fait, ils ne sont pas invités. Ils sont les bienvenus. Ce n'est pas donc qu'il y a une volonté d'exclure les médecins, sûrement pas. La liste des COM change tout le temps. (...) Mais encore une fois, d'un point de vue pratique... »

O1 : « Certains venaient et d'autres pas. (...) Je pense qu'il faut que ça reste personnel. Honnêtement, moi je pense que ce n'est pas toujours indispensable. Une COM, c'est toujours structuré. »

3.1.2.3 Pendant le traitement

La majorité des médecins généralistes de l'étude voient nettement moins leurs patients oncologiques durant la période de traitement bien que deux d'entre eux les reçoivent ou les visitent encore au minimum 1 fois par mois.

MG5 : « Et ce qui m'a marqué, ce qui est triste mais en même temps normal, c'est qu'à partir du moment où il est rentré à l'hôpital, le patient était complètement gobé par le service d'oncologie. »

Plusieurs notions ont été relevées par tous les participants de l'étude, comme pouvant être à l'origine de la diminution de l'implication du généraliste dans cette étape du parcours. Les soins oncologiques sont déjà bien organisés et l'équipe hospitalière anticipe déjà certains événements.

MG1 : « Souvent, c'est les traitements oncologiques, tout ça est déjà bien drillé. »

MG4 : « Mais ils sont tellement suivis. Ma patiente, tous les vendredis, elle voit les médecins. »

Le participant MG3 ne préfère s'impliquer que quand le patient ou l'équipe hospitalière en exprime le souhait afin de ne pas diminuer la cohérence et augmenter les angoisses du patient.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

MG3 : « Je ne veux pas apporter de l'angoisse ou de l'incohérence si vous voulez ou que ce semblant d'incohérence pourrait rajouter du stress dans la façon où le patient vit son épreuve. »

Enfin, certains d'entre eux et l'oncologue O2 remarquent que si le patient présentait une bonne santé de départ, il sollicite moins son médecin généraliste durant cette période.

O2 : « Je dirai que ça dépend un peu du patient et de sa pathologie. Par définition, les patients qui sont toujours un peu malades, ils voient plus souvent leur médecin, les BPCO, etc, c'est quand même des gens qui sont vus plus régulièrement par leur médecin traitant. La femme de 40 ans qui a un cancer du sein et qui commence la chimiothérapie, elle ne voyait jamais son médecin parce qu'elle allait toujours très bien. »

Le médecin traitant peut s'impliquer malgré tout dans le traitement, ou plutôt dans la prise en charge des effets secondaires.

MG2 : « Là, on doit surveiller toute une série de paramètres du patient. Notamment, en raison des effets secondaires. Les risques concernant la coagulation, les infections, etc. »

L'oncologue O2 rappelle alors qu'un patient en traitement, particulièrement chimiothérapeutique, doit faire l'objet d'un interrogatoire et d'un examen médical comme n'importe quel autre patient. Cependant, il doit être vu le plus rapidement possible étant donné sa fragilité.

O2 : « Mais le patient, lui, a le droit d'avoir une prise en charge rapide quand il est sous chimiothérapie. (...). Mais oui, parce qu'un patient, quels que soient les traitements qu'il reçoit, ça reste un patient avec ses symptômes, des diagnostics différentiels qui sont plus ou moins les mêmes si ce n'est qu'on introduit la notion de fragilité du patient et d'immunosuppression liées au traitement. »

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Le médecin généraliste MG5 déplore quant à lui le manque parfois d'informations concernant les effets secondaires de ces traitements, surtout qu'ils changent et évoluent assez rapidement. Le généraliste MG1 partage son avis, il applique les directives communiquées par l'oncologue quand elles sont partagées.

MG5 : « Bêtement, ça j'ai reçu ça qu'une seule fois dans ma vie, un protocole de chimiothérapie où ils nous expliquaient quels effets secondaires on pouvait s'attendre. Enfin bon, on est censé le savoir je trouve, les chimiothérapies comme les dérivés de platine, on sait plus ou moins, c'est des classiques. Mais maintenant avec les nouvelles immunothérapies, etc., je trouve que c'est intéressant de savoir à quoi il faut faire attention. »

MG1 : « C'est-à-dire que ce n'est pas mon métier de donner des chimiothérapies, je veux bien les surveiller, en appliquant les ordres ou les conseils de l'oncologue. »

Malgré le contexte particulier qu'impose la prise en charge thérapeutique du patient oncologique, le médecin généraliste MG6 rappelle qu'elle essaie de poursuivre son rôle de généraliste, le suivi des autres pathologies et leurs paramètres. Ainsi, certaines pathologies pré-existantes peuvent aussi s'aggraver comme tient à le signaler le médecin MG5.

La généraliste MG4 résume quand à elle cette idée par le fait qu'elle prend soin de la partie en bonne santé pour permettre au patient de supporter les traitements.

MG6 : « Ici, on les voit tous les mois que ce soit pour une prise de sang, pour renouveler des ordonnances et il y en a qui demande à nous voir ne fut-ce qu'une fois par mois pour prendre la tension. »

MG5 : « Par exemple, ici, chez lui, bon il a un diabète qui est contrôlé, un petit peu partiellement on va dire. Je m'attends à ce qu'il décompense. Donc, ça peut-être pour un truc connexe mais qui est lié au syndrome inflammatoire lié aux rayons. »

MG4 : « Donc, en fait, moi je soutiens la partie du corps qui n'est pas malade pour qu'il supporte mieux les chimiothérapies. »

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Les oncologues semblent partager cet avis, le médecin généraliste doit poursuivre son rôle de médecin généraliste. Elles constatent toutes les deux que les patients, parce qu'ils sont suivis très régulièrement à l'hôpital, rapportent souvent des plaintes qui peuvent être gérées par le médecin de famille. D'ailleurs, l'oncologue O1 insiste sur le fait qu'il y a des affections qu'elle ne connaît pas bien et qu'il n'est donc pas de son ressort de les gérer.

O1 : « Alors, nous, ils arrivent en chimiothérapie avec toute une série de choses qui n'ont parfois absolument rien à voir avec les effets secondaires ni avec la maladie. (...) Et il y a des choses qu'on ne connaît pas bien. Dans ces cas-là, moi j'encourage souvent à retourner vers le généraliste. »

L'oncologue O1 évoque une situation, lors du traitement, dans laquelle le médecin traitant pourrait être impliqué davantage. Lorsque le patient reçoit sa chimiothérapie à domicile, les première et seconde lignes collaborent au chevet du malade.

O1 : « Sur le plan thérapeutique, ce que je rajoute aussi mais vous le savez peut-être, c'est qu'on a un programme d'hospitalisation à la maison. (...) Donc, à partir de ce moment-là, il y a le patient à la maison et autour, il y a quand même beaucoup d'intervenants. Il y a les intervenants de première ligne, il y a le médecin traitant, il ya les infirmiers spécialisés qui viennent perfuser la chimiothérapie et il y a nous parce qu'on prescrit cette chimio et on la supervise. Mais donc, tout ce petit monde doit vraiment se coordonner avec des réunions qui sont organisées au domicile. »

Enfin, pour beaucoup des participants médecins généralistes et l'oncologue O2, ce qu'il y a d'important tout au long de cette phase, c'est de se tenir informé par les rapports ou par un coup de téléphone. La généraliste MG6 n'hésite pas à laisser sur papier une remarque à l'attention de l'oncologue. Elle n'hésite pas non plus à demander des nouvelles de son patient à son entourage pour autant que celui-ci fasse partie de la patientèle et se présente en consultation.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

MG5 : « Mais donc, pour moi, le rôle qu'on a à jouer c'est d'être en communication avec les oncologues, les radiothérapeutes, au moins pour faire le point. »

MG6 : « Moi, de temps en temps, j'hésite pas à faire une petite note, un petit rapport de dernier mois. Comment ça s'est passé, si mon patient a fait plus d'infections. »

3.1.3 Après le traitement

3.1.3.1 Reprise des fonctions de médecin généraliste

Deux des médecins généralistes et les deux oncologues nous font part que le généraliste reprend ses fonctions après le traitement s'il a perdu le patient de vue. La généraliste MG4 insiste qu'elle est là pour que le patient puisse retrouver la santé. L'oncologue O2 insiste sur le fait qu'il faudrait peut-être même le voir plus souvent.

MG3 : « Qu'une fois qu'il est déclaré, on va dire, en rémission. Il s'expose à nouveau au même risque que Monsieur Tout-le-monde donc voilà, on redevient un peu le médecin traitant qui le suit, qui fait de la prévention. »

MG4 : « Après, ils reviennent et me disent : je ne peux plus voir un médecin. Mais c'est quand même moi qu'ils viennent voir. Je n'éveille pas la maladie. Je suis là pour leur faire retrouver la santé. »

O2 : « Je pense qu'il doit continuer à suivre le patient de façon, même peut-être un peu plus régulière qu'auparavant. »

3.1.3.2 Suivi

La plupart des médecins généralistes de l'étude restent attentifs aux récurrences du cancer, aux effets secondaires à long terme du traitement. Ils proposent aussi à l'entourage, quand cela est recommandé, un dépistage familial.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Le médecin généraliste MG4 n'hésite pas aussi à s'impliquer dans le suivi des traitements adjuvants.

MG5 : « Moi, je fais attention, bon évidemment, à la récurrence propre de ce cancer-là, donc du primitif et aux lésions secondaires qui peuvent être des métastases, ça c'est classique. Après, selon le traitement qu'ils ont eu, par exemple, ils ont un traitement hormonal suppressif, il faut faire attention à l'ostéoporose, etc. »

MG1 : « Bon et les effets à long terme, problèmes rénaux, cardiaques et ainsi de suite. Donc, c'est important aussi et on en a beaucoup quoi. »

MG4 : « Donc, c'est important pour la famille. C'est important pour les enfants. Ils le disent : Je veux faire une échographie et mammographie. Ils ont 35 ans, c'est panique à bord. »

MG4 : « C'est après, sur la durée du traitement hormonal du cancer du sein, par exemple, qui dure généralement de cinq à dix ans. Il y a des gens que j'arrête après un an. Ils sont demandeurs, car ils ont énormément d'effets secondaires. »

Plusieurs médecins dont l'oncologue O1 affirment que les médecins traitants s'impliquent dans le suivi de leur patient oncologique. Notamment, au niveau des examens à faire et à renouveler après la survenue d'un cancer. Ils s'assurent que leur patient respecte le calendrier, surtout en ces temps de pandémie quand il veut fuir l'hôpital et ses virus.

Le généraliste MG1, lui, se satisfait que le suivi puisse être fait par l'oncologue car il ne sait pas lui-même tout surveiller.

L'oncologue O2 pense quant à elle que la planification des examens et leur suivi doit être fait par le spécialiste.

O1 : « Parce que si pour une raison ou une autre, le patient ne vient plus, et bien pourquoi pas que le médecin généraliste puisse être impliqué et avoir les lignes de conduite. »

MG1 : « Je peux pas tout surveiller donc j'attends que le spécialiste me soulage un petit peu. Puis, c'est pas parce que je suis médecin généraliste que je m'occupe de tout. »

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

O2 : « C'est nous qui savons quels examens en fonction du cas, quand est-ce qu'il faut mieux les faire, ne pas le faire ou attendre ou le faire plus précocément. Je ne peux pas vous dire de ne pas le faire mais c'est plus la place de l'oncologue. »

3.1.3.3 Soins palliatifs

Quand malheureusement le cancer reste une maladie incurable et que le patient passe en soins palliatifs, c'est au médecin généraliste à prendre la main. Il soulage les maux et prévoit les traitements supportifs, il apaise le psychologique, il travaille parfois avec une équipe de seconde ligne et respecte le droit du patient à l'euthanasie.

MG2 : « Là, quand le traitement est terminé, le patient passe en phase palliative. Là, il y a un accompagnement à la fois médical et psychologique. Et ça peut aller jusqu'à l'euthanasie, enfin, je n'ai eu qu'un seul cas. »

MG5 : « Alors, ce que je fais souvent en tout cas quand ils sont à la maison, et quand ils ont un statut palliatif ou quand on va avoir besoin à priori de traitements supportifs assez intensifs, je fais d'office appel aux équipes de deuxième ligne. »

3.2 Communiquer pour se sentir impliqué

Il m'a paru important d'aborder avec les différents participants de l'étude le sujet de la communication entre la première et deuxième ligne. Au fil des interviews, le lien entre cette correspondance et l'implication du médecin généraliste m'a paru évident.

La plupart des échanges sont réalisés par courrier papier et électronique. Ce sont essentiellement des rapports envoyés du spécialiste. L'avis des médecins généralistes est mitigé. En effet, ils estiment que parfois ils manquent d'informations

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

et parfois, les courriers sont trop longs et chargés mais dans l'ensemble, ils considèrent les rapports comme indispensables.

Cet avis est partagé par les deux oncologues.

MG1 : « Moi ce que j'aime bien, c'est les rapports. Même si je ne vois plus le patient, j'aime bien recevoir un rapport. »

MG5 : « Parfois, je vois les spécialistes qui font des rapports longs mais longs... »

O1 : « Certains disent : « Nous on s'en fout de savoir qu'il est à sa quatrième chimiothérapie. On reçoit beaucoup trop de courriers, arrêtez ». Et d'autres nous disent : « On n'est pas assez au courant. On voudrait être plus au courant ». »

Tous les médecins généralistes de l'étude pensent qu'un dialogue au téléphone peut s'avérer nécessaire, surtout quand ils se questionnent ou quand ils estiment qu'une information doit être transmise plus rapidement. Ils reconnaissent que ce sont plutôt eux qui appellent et pas les oncologues.

Certains savent joindre le service oncologique rapidement, quand d'autres se plaignent du manque d'accessibilité, difficulté confirmée par l'oncologue O2. Par contre, l'oncologue O1 nous informe qu'il existe dans l'hôpital où elle travaille, une ligne directe pour joindre les spécialistes.

MG6 : « Personnellement, je n'ai encore jamais eu un oncologue qui m'appelle pour des informations. Par contre, il m'est déjà arrivé deux à trois fois, moi, de prendre mon téléphone pour appeler l'oncologue par rapport à des effets secondaires, etc. »

MG3 : « Mais de plus en plus, le médecin est joignable ou ils ont une ligne avec un secrétariat. S'ils veulent qu'on les rappelle, il y a moyen. »

O2 : « Généralement, vous savez, le secrétariat d'oncologie, c'est vrai qu'ils ne sont pas facilement accessibles. Je veux dire, les lignes sonnent parfois très longtemps occupées. »

O1 : « Mais on est quand même facilement joignable. On a une hotline réservée pour l'oncologie. Donc, pas 24h/24 mais en tout cas, ils sont en lien direct avec un oncologue. »

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Par contre, deux médecins traitants nous rapportent qu'il existe encore dans certains cas un clivage entre les spécialistes et les généralistes. Le médecin MG4 relie ça à un problème d'égo du monde hospitalier. Elle signale plus loin dans l'interview qu'il est aussi important de ce fait de se rencontrer en-dehors du monde médical.

MG5 : « Donc, à ce moment-là, je me retourne vers l'équipe d'oncologie et là, pas qu'on me prend pour un con mais en gros, c'est eux les oncologues et moi généraliste. »

MG4 : « Le fait de se rencontrer en-dehors du milieu médical, en fait, avant c'était comme ça, on avait l'image de qui appelait, on se tutoyait et il y avait une ouverture. (...) vous ouvrez les réseaux. »

Enfin, deux des généralistes insistent sur le fait que cette communication entre la première et deuxième ligne permet au praticien de se sentir inclus et impliqué dans le parcours de son patient.

L'oncologue O1 souligne le fait que cette communication doit pouvoir être réalisée dans les deux sens, en prenant l'exemple de la fin de vie. Elle aussi aimerait être prévenue par le médecin de famille quand un de ses patients décède.

A la question : « Et par là, d'avoir le souhait d'améliorer cette communication, vous vous sentirez un peu plus impliqué dans cette prise en charge ? » MG1 : « Je me sentirai plus impliqué mais plus rassuré aussi. »

MG3 : « Il nous met au courant et à ce moment-là, on sent qu'il nous met dans l'équipe. »

3.3 Et d'un point de vue plus général

Il m'a semblé opportun de relever certains éléments qui peuvent permettre au médecin généraliste de s'impliquer dans le parcours de ses patients atteints de cancer. Ces notions peuvent être retrouvées à plusieurs étapes du chemin mais aussi de façon plus longitudinale.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Un point commun à toutes les interviews, c'est que le médecin généraliste entretient une relation singulière avec son patient. Il représente pour celui-ci une personne de confiance qui le connaît lui et son parcours de vie.

MG3 : « Donc, ils nous le disent : « Docteur, je vous fais confiance. Si vous me dits ça va, je vais le croire. Si vous me dites autre chose, aussi ». On a peut-être aussi une image un peu magique. »

Il est impératif de se tenir informé à chaque étape, c'est ce que nous rapportent quelques généralistes et l'oncologue O1. En effet, nous devons être une source d'informations fiables et transparentes pour le patient. Les informations livrées peuvent être aussi ajustées et adaptées selon chaque malade.

MG1 : « Mais je dis, je préfère vous expliquer moi-même avec mes mots parce que je vous connais. »

Une majorité des médecins traitants essaie de se rendre disponible autant que possible et de prendre le temps quand le patient le sollicite. Il est impératif pour le médecin MG4 de rappeler au malade qu'il peut faire ses propres choix et qu'importe la décision, elle lui revient toujours.

MG5 : « Parce que parfois 5 minutes par jour de « perdues » au lit du malade, après le médecin gagne du temps parce que le malade va mieux. »

MG4 : « Et ils doivent rester maîtres de leurs décisions thérapeutiques. (...) Et je rappelle aux gens qu'ils ont le droit de dire oui et qu'ils ont le droit de dire non. Ils ne doivent pas subir. (...) Ils restent maîtres de leur corps et des conséquences de leur choix. »

Les intervenants généralistes partageaient tous le même avis ; le médecin généraliste est un professionnel de la santé qui soutient la santé physique et épaula la santé mentale. Il reconnaît sa compétence et les limites de celle-ci.

MG2 : « C'est essayer de soutenir le moral de ses patients. »

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

MG1 : « Le rôle, du fait de la bonne connaissance que l'on a du patient, c'est de l'épauler dans toute cette démarche, dans toutes ses joies, ses peines et tout ça. »

MG4 : « Moi, je suis en charge de la santé, donc moi je soigne la partie en bonne santé. Le patient a une maladie et l'oncologue lui, lutte contre la maladie. Nous n'avons pas la même zone d'action. Complémentaires mais nous n'agissons pas dans la même zone. »

Quelques médecins généralistes estiment qu'ils doivent soutenir le travail du spécialiste auprès du patient. Cet avis est partagé par l'oncologue O1.

MG6 : « Et peut-être aussi, mettre le patient en confiance avec l'oncologue. Notre rôle c'est aussi de soutenir nos collègues. (...) Et pour que la collaboration et le lien thérapeutique entre l'oncologue et le patient soient au mieux. »

En outre, une grande partie des généralistes mentionnent le fait qu'ils peuvent aussi accompagner la famille du malade tout au long du processus. Ils n'hésitent pas non plus à travailler en réseau, réseau qui peut être étendu au-delà des professions médicales et para-médicales.

4 Discussion

4.1.1 Analyse des résultats

Je trouvais intéressant d'analyser les principaux résultats de cette étude en les organisant selon les différentes catégories de prévention et de les rapporter sur une échelle de temps.

4.1.1.1 Préventions primaire et secondaire

La prévention primaire est définie selon la WONCA comme des mesures prises pour éviter ou éliminer la cause d'un problème de santé chez un individu ou une population avant qu'il ne survienne. [6]

Elle correspond ici aux actions menées par le médecin généraliste pour promouvoir la santé de ses patients et les sensibiliser aux risques d'apparition de cancers. Ce qui a été confirmé par l'ensemble des participants de l'étude.

La prévention secondaire est définie comme des mesures prises pour détecter un problème de santé à un stade précoce chez un individu ou une population, en facilitant ainsi la guérison, ou en réduisant ou empêchant sa propagation ou ses effets à long terme. [6]

Les différents dépistages comme ceux du cancer du colon, du sein ou de la prostate en font partie. Ils ont aussi été proposés par l'ensemble des médecins généralistes de l'étude et les oncologues les recommandaient aussi.

Malheureusement, la plupart des marqueurs oncologiques dosables dans la prise de sang sont peu spécifiques pour poser le diagnostic de cancer. [7] [8] Ils ne constituent donc pas un bon outil pour le dépistage. Malgré tout, de nouvelles recherches sur des biomarqueurs pouvant être utilisés comme dépistage de tumeurs difficiles à diagnostiquer sont en cours. Ils pourront être utilisés tant chez les patients symptomatiques que ceux présentant un risque élevé de développer la maladie. [9]

Choisir les bons dépistages au bon moment et éviter les examens complémentaires intempestifs correspond à de la prévention quaternaire. Celle-ci sera expliquée un peu plus tard dans la discussion.

4.1.1.2 Prévention tertiaire

Une grande partie des participants de l'étude reconnaissait que le patient consulte moins son médecin généraliste pendant la phase de traitement. Les

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

traitements oncologiques sont souvent longs et nécessitent un suivi rapproché, prévu pas l'équipe hospitalière. Je pense que l'on peut imaginer qu'en fonction du type de thérapie : chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, chirurgie, etc., l'implication du généraliste varie.

Malgré tout, le médecin traitant peut prendre en charge les effets secondaires et continuer à suivre les pathologies chroniques, qui peuvent être influencées par la maladie et ses traitements.

Ces actions peuvent être reprises dans la définition de la prévention tertiaire. En effet, celle-ci est définie comme des mesures prises pour réduire les effets chroniques d'un problème de santé chez un individu ou une population en minimisant le handicap fonctionnel consécutif au problème de santé aigu ou chronique. [6]

Nous discuterons des pistes d'amélioration de la prise en charge des effets secondaires des traitements par la première ligne dans les pistes de réflexion.

Peut-être pourrions-nous étendre le concept de prévention tertiaire aussi au suivi post-traitement du patient oncologique. Pour moi, le terme « problème de santé » n'évoque pas seulement la maladie en elle-même mais aussi son ou ses traitement(s), ses séquelles organiques et fonctionnelles.

Dans notre étude, les contrôles après les traitements sont assurés en grande partie par les oncologues mais les médecins généralistes veillent eux aussi à ce que leurs patients continuent le suivi. Des pistes pour améliorer la collaboration à cette étape sont évoquées dans les pistes de réflexion.

4.1.1.3 Prévention quaternaire

La prévention quaternaire est définie comme des mesures prises pour identifier le patient à risque de surmédicalisation, pour le protéger d'interventions médicales invasives et pour lui proposer des interventions éthiquement acceptables. Cette notion correspond au tout premier principe fondamental d'Hippocrate : *Primum non nocere*. [6] [10]

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Dans cette étude, nous pouvons donc associer les soins palliatifs à ce type de prévention. En effet, la démarche des soins palliatifs vise à apporter un confort au patient en fin de vie en évitant la surmédicalisation. Le prestataire de soins doit donc essayer de se poser cette question : « Que va gagner mon patient ? » lorsqu'il prescrit des traitements ou examens en fin de vie.

Bien évidemment, le médecin généraliste joue un rôle-clé dans cette prise en charge. Le maintien au domicile fait de lui un acteur essentiel au bon déroulement des soins. Selon un rapport du KCE, en 2015, près de 30% de ces patients décèdent au domicile ou en maison de repos et de soins. [11]

Selon un autre rapport du KCE sur l'organisation des soins palliatifs en Belgique, les médecins généralistes interrogés souhaitent coordonner eux-mêmes les soins tout en collaborant avec d'autres prestataires de soins. [12]

C'est ce qu'ont confirmé aussi les médecins de notre étude.

4.1.1.4 Décisions thérapeutiques

Les Concertations Oncologiques Multidisciplinaires sont des réunions de plusieurs spécialistes dont le but est de déterminer la meilleure prise en charge thérapeutique pour chaque patient. En réunissant leurs savoirs et compétences, ils tendent à améliorer la coordination et la qualité des soins. [13] Dans notre étude, on remarque que la plupart des médecins généralistes ne sont pas ou peu conviés à ces meetings. Dans une analyse faite dans *l'European Journal of Cancer Care*, moins de 5% des médecins généralistes ont assisté aux concertations. Plusieurs raisons, comme dans notre étude, ont été avancées pour expliquer ce faible taux de présence. Ces raisons sont souvent d'ordre pratique : heures de réunion sur les heures de travail, petit temps de parole comparé au temps de trajet jusque l'hôpital, faible considération des spécialistes. Cette étude a été réalisée à partir de la base de données du *Belgian Cancer Register* et ce, pour 7 types de tumeurs invasives. [13]

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Certains n’y réclament pas forcément une place, d’autres par contre aimeraient pouvoir y participer. Pourtant, les médecins traitants pourraient tout à fait apporter leurs expertises, notamment leurs connaissances sur l’état global du patient et son milieu psycho-socio-économique. [13] C’est ce que confirment les oncologues de notre étude.

Cette figure ci-dessous nous montre donc les différents points discutés en termes de prévention clinique à chaque étape du parcours du patient oncologique. Ce schéma est inspiré de celui proposé lors des Rencontres Prescrire à Bruxelles. [14] Je l’ai cependant ajusté pour correspondre à l’analyse des résultats de cette étude.

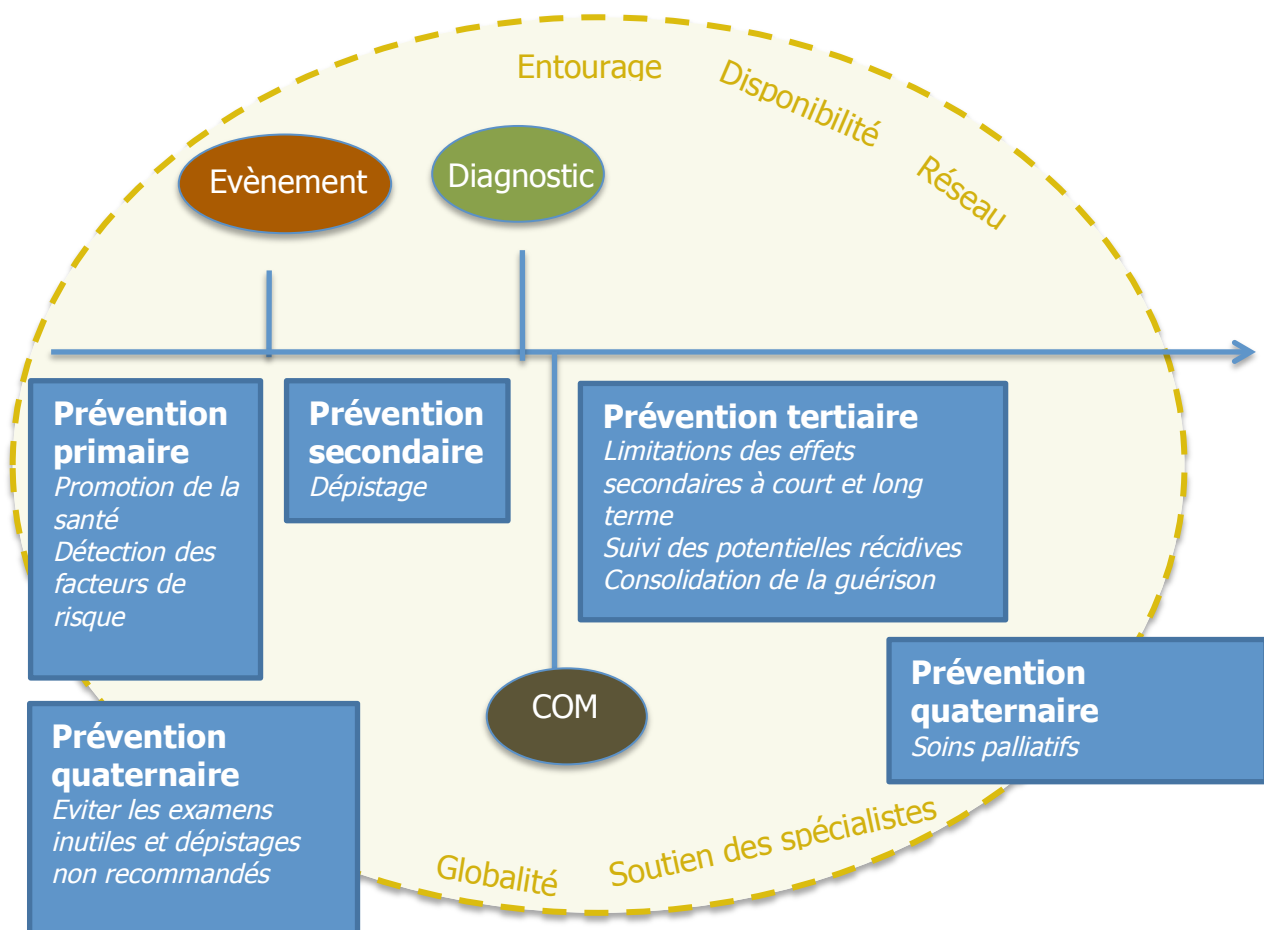


Figure 1. Description chronologique en terme de prévention de l’implication du médecin généraliste

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

J'ajoute à cela que bien au-delà des problèmes purement médicaux, nous pouvons aussi retenir de l'étude que le médecin traitant peut se rendre disponible, offrir un temps d'écoute et représente une personne de confiance. Il vulgarise le discours médical afin de le rendre accessible à son patient. Il apporte son soutien à l'entourage et à la seconde ligne auprès du malade. Il travaille en réseau et l'utilise dans l'intérêt du patient. Certaines de ces capacités et compétences sont intrinsèques à la définition de la médecine générale. [6] Elles caractérisent le médecin traitant qui soigne le patient dans sa globalité.

4.1.2 Pistes de réflexion

4.1.2.1 Continuité de soins

En réalisant cette étude, je tente de répondre à une question : « Quelle est l'implication du médecin traitant pendant le parcours du patient oncologique ? » en recueillant l'avis des généralistes et des oncologues.

Ce questionnement est né d'une expérience personnelle. J'ai moi-même déjà suivi quelques patients oncologiques et j'ai observé que généralement, je les perdais de vue une fois le diagnostic de cancer posé. D'ailleurs, j'ai ressenti parfois une certaine frustration.

Cette observation m'a poussée à m'intéresser au rôle que le médecin généraliste pouvait jouer dans la prise en charge des patients atteints de cancer.

Mais au fil des interviews et des témoignages, je me suis demandé : « Pourquoi le médecin généraliste devrait être impliqué ? Pourquoi ai-je ressenti cette frustration ? »

Je lie cette problématique à la notion de continuité de soins. Elle n'est pas décrite de manière précise mais pourtant elle fait partie de la définition de la médecine générale donnée par la WONCA en 2002 : « Le médecin généraliste prendra en charge de façon continue ses patients atteints de maladies chroniques,

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

récurrentes ou en phase terminale. Il profitera de contacts répétés, adaptés à chaque situation pour rassembler des informations et construire une relation de confiance entre lui et son patient. » [6]

Dans une revue systématique réalisée aux Etats-Unis, la continuité de soins a pu être définie de manière hiérarchisée, d'une continuité de soins informationnelle à longitudinale puis interpersonnelle.

La continuité de soins informationnelle suppose que chaque prestataire de soins, où qu'il travaille, puisse avoir accès aux informations médicales antérieures et actuelles complètes du patient.

La continuité de soins longitudinale implique qu'il y ait un suivi régulier et continu du patient par un même prestataire, afin que les connaissances sur le patient et son état de santé puissent augmenter.

La continuité de soins interpersonnelle est une forme de continuité longitudinale mais dans laquelle il existe une relation de confiance particulière entre le médecin et le malade. Le praticien reconnaît alors qu'il a certaines responsabilités à respecter envers son patient, et il existe donc une sorte de contrat implicite entre les deux. [15]

C'est donc par rapport à cette dernière description de la continuité de soins que j'explique en partie ma « frustration » de ne plus voir mes patients.

En effet, cette relation de confiance me semble être parfois délaissée pendant une partie du parcours oncologique du malade. J'étais essentiellement déçue de ne pas avoir l'occasion de revoir mon patient et assurer ainsi cette continuité.

Mais mon ressenti a évolué au cours de l'étude, avec les témoignages des différents confrères. Je réalise que certes, cette relation peut être mise entre parenthèses pendant un certain laps de temps, mais elle ne disparaît pas. Elle doit, selon moi, rester au service du patient lorsqu'il en a besoin lors de cette épreuve, qu'est le cancer.

4.1.2.2 Une meilleure communication pour une meilleure collaboration

Durant les interviews, plusieurs pistes ont été évoquées pour simplifier ou améliorer la communication et collaboration entre la première ligne et deuxième ligne de soins.

La communication entre les différents prestataires de soins est essentielle lors de la prise en charge d'un patient oncologique. Elle passe essentiellement par les rapports écrits que le médecin généraliste reçoit de l'oncologue.

L'appel téléphonique est probablement moins utilisé et réservé aux questions plus urgentes ou aux informations importantes à livrer rapidement. Mais un appel du généraliste à l'oncologue n'est pas toujours fructueux en raison d'attentes parfois très longues au bout du fil.

Cependant, une ligne directe vers l'oncologue ou tout du moins le service pourrait bénéficier tant au médecin traitant qu'à l'oncologue. Certains participants de l'étude le suggèraient et une des oncologues applique déjà ce système. Cela permettrait au médecin généraliste d'être rassuré quant à la disponibilité du spécialiste surtout dans des situations aiguës qui nécessitent l'avis de l'oncologue. Indirectement, le patient serait lui aussi rassuré que ses différents prestataires de soins peuvent communiquer plus rapidement.

Une étude menée au Danemark a invité le patient, son médecin traitant et l'oncologue à participer à une vidéo-consultation au début de la maladie et de son traitement. Cette consultation était menée par l'oncologue. Elle avait pour but de partager des informations entre les participants (par exemple : résumé de l'histoire clinique du patient, ressources et besoins psycho-sociaux, complications et effets secondaires des traitements) et de clarifier certaines tâches et rôles entre la première et seconde ligne. Un résumé était réalisé à la fin de la consultation et précisait si un suivi particulier devait être fait par le médecin généraliste et l'oncologue.

Les résultats de cette étude ont montré que les patients ont tiré des bénéfices en terme d'écoute et de compréhension des rôles de chacun. Les médecins

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

généralistes savaient mieux quel rôle ils pouvaient jouer et prendre en charge de façon plus optimale les effets secondaires des traitements. Les oncologues quant à eux ont pu en apprendre d'avantage sur le parcours de vie du patient et ont remarqué un bénéfice en terme de cohérence dans la prise en charge. [16]

Cette étude nous montre donc qu'il est possible d'utiliser d'autres canaux de communication pour améliorer la collaboration et la prise en charge du patient oncologique.

Un autre moyen d'impliquer le médecin généraliste dans cette prise en charge serait de lui livrer des fiches explicatives concernant la gestion des effets secondaires des traitements oncologiques ou encore concernant le suivi à prévoir après le traitement. Ces suggestions ont été elles aussi évoquées dans notre étude.

Une étude réalisée au Danemark a mis en place un programme de soins partagé, délivré au médecin généraliste par l'oncologue, s'appuyant sur trois piliers : le partage de connaissances (par exemple sur la chimiothérapie, la gestion de la douleurs ou des nausées/vomissements, etc.), la communication (noms et numéros de téléphone des spécialistes et infirmières sur le rapport écrit) et l'implication active du patient (les patients étaient informés du fait que leur généraliste avait reçu ces informations et étaient encouragés à les consulter en cas de problème). [17]

Les principaux résultats de cette étude ont montré que la majorité des patients ont perçu une meilleure collaboration entre la première et seconde lignes. Ils ont eu l'impression d'être mieux pris en charge par leur médecin généraliste et d'ailleurs, le nombre de contact patient avait significativement augmenté.

Par cet exemple, j'essaie d'illustrer qu'avec des moyens accessibles, peu coûteux et raisonnablement énergivore en terme de temps, on pourrait peut-être améliorer l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge du patient oncologique.

4.1.2.3 Et le patient ?

Il aurait été assez enrichissant d'inclure aussi le point de vue du patient dans cette étude.

Que pense le patient de la place du médecin généraliste dans sa prise en charge ?

Consulte-il toujours son médecin généraliste pendant cette période ?

D'après certains résultats de notre étude, on peut supposer que le patient n'est pas forcément informé du rôle que pourrait jouer son médecin traitant, notamment dans la prise en charge des effets secondaires ou la poursuite du suivi des autres pathologies chroniques.

Une étude menée en France en 2016 auprès de patients ayant reçu une chimiothérapie a montré que les patients interrogés considéraient que leur médecin généraliste était relativement moins compétent que leur oncologue pour prendre en charge les problèmes liés au cancer. Les patients ont consulté leur médecin traitant plutôt pour raisons administratives, aide psychologique, conseils et soutien affectif que pour avis médical. [18]

4.1.3 Forces et limites de l'étude

Le sujet de l'étude a été peu étudié jusqu'ici en Belgique et donc pertinent à explorer.

L'échantillon de médecins généralistes est assez hétérogène en termes d'âge, de sexe et d'années d'expérience.

Je n'ai pas fait part de mon propre ressenti par rapport au sujet auprès des participants avant l'interview. La méthodologie a été détaillée avec précision.

La retranscription des entretiens a été réalisée de manière fidèle au discours des participants. J'ai évité de ne rapporter que les généralités mais souligné les avis contraires.

L'analyse des résultats a été faite de manière systématique et rigoureuse.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

La saturation n'a pas été atteinte lors de cette étude qualitative. Une taille d'échantillon plus grande aurait certainement apporter d'autres éléments pertinents à la recherche. Malheureusement, le confinement engendré par la pandémie de coronavirus a certainement diminuer le taux de participation de cette étude.

La proportion de médecins généralistes par rapport aux oncologues était plus importante. De plus, les oncologues étaient deux femmes, l'avis d'un ou d'homologue(s) masculins aurai(en)t peut-être apporté d'autres nuances.

Il aurait été aussi intéressant d'avoir l'avis de praticiens exerçant dans une région éloignée des hôpitaux ou encore celui d'oncologues de grands centres hospitaliers de la capitale.

Mon propre ressenti sur le sujet a pu influencer mon analyse des résultats bien que j'ai tenté au mieux de garder mon objectivité.

5 Conclusion

Le médecin généraliste pratique une médecine tout à fait singulière tant dans la diversité de ses fonctions que dans la relation qu'il a avec son patient. Malgré cela, le rôle du médecin traitant n'est pas très bien défini dans la prise en charge du patient oncologique.

Cette étude a justement voulu mettre en lumière l'avis des médecins généralistes et oncologues sur le sujet. Huit entretiens semi-dirigés ont été réalisés afin de faire ressortir au mieux les ressentis et expériences.

Cette recherche suggère que le médecin généraliste peut s'impliquer à chaque étape du parcours du médecin généraliste et appliquer les quatre types de prévention.

Par sa situation centrale parmi les prestataires de soins et par sa relation particulière avec le patient, le médecin traitant pourrait apporter un soutien moral et psychologique au patient et son entourage, en plus de ses compétences médicales.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Des améliorations pourraient être réalisées concernant la collaboration entre la première et seconde ligne, même si elle reste relativement efficace. Cela permettrait au médecin généraliste de se sentir plus impliqué dans la prise en charge et au patient, de comprendre quel rôle peut jouer son médecin traitant lors de sa maladie.

Pour ma pratique, je retiens de cette étude qu'il y a autant de façon de procéder que de médecins traitants et oncologues et que de relations médecin-patient. Ce qui importe c'est de respecter au mieux la continuité des soins tout en respectant les besoins de chaque patient. Et comme, une bonne coopération entre les spécialistes et le médecin généraliste est indispensable, je n'hésiterai pas à m'investir pour que celle-ci soit la plus bénéfique possible dans l'intérêt de mes patients.

6 Bibliographie

[1] Organisation Mondiale de la Santé (2021, 3 mars). « Principaux repères sur le cancer », sur le site OMS. Consulté le 18 avril 2021.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

[2] STATBEL, la Belgique en chiffres (2021, 15 avril). « Causes de décès », sur le site STATBEL. Consulté le 18 avril 2021.

<https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces#panel-12>

[3] Belgian Cancer Registry. « Les chiffres du cancer – Tableaux sur base annuelle », sur le site Belgian Cancer Registry. Consulté le 18 avril 2021.

https://kankerregister.org/Statistiques_tableaux%20annuelle

[4] Cancer Incidence Projections in Belgium, 2015 to 2025, Belgian Cancer Registry, Brussels 2017. Consulté le 18 avril 2021.

[5] Fondation contre le cancer (2021, 5 janvier). « Le cancer en chiffres », sur le site Fondation contre le cancer. Consulté le 18 avril 2021.

<https://www.cancer.be/le-cancer/le-cancer-en-chiffres>

[6] Wonca International Classification Committee. Wonca Dictionary of General/Family Practice. Bentzen, N, ed. Wonca International Classification Committee: Copenhagen, 2003. Consulté le 18 avril 2021.

[7] Sarivalasis A, Amram ML, Dietrich PY. Marqueurs tumoraux : quelle utilité en pratique clinique ? Rev Med Suisse 2013; volume 9. 1102-1107

[8] Schiffman J, Fisher P, Gibbs P. Early Detection of Cancer: Past, Present, and Future. American Society of Clinical Oncology Educational Book 2015 :35, 57-65

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

[9] The Lancet Oncology Commission. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol* 2015; 16: 1231–72

[10] Bousquet MA ; sous la direction de Kandel O. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. [s.n.], 2013 : 167-170

[11] Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance of the Belgian health system – report 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313. 76

[12] Keirse E, Beguin C, Desmedt M, Deveugele M, Menten J, Simoens S, Wens J, Borgermans L, Kohn L, Spinnewijn B, Cardinael A, Kутten B, Vandenberghe P, Paulus D. Organisation des soins palliatifs en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2009. KCE reports 115B

[13] Dubois C, De Schutter H, Leroy R, Stordeur S, De Gendt C, Schillemans V, Kohn L, Van Eycken L, Vrijens F. Multidisciplinary work in oncology: Population-based analysis for seven invasive tumours. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018 Mar;27(2):e12822.

[14] Jamouille M. De la prévention chronologique à la prévention relationnelle ; la prévention quaternaire comme tâche du médecin de famille. Poster présenté aux Rencontres Prescrire de Bruxelles. 28-29 mai 2010.

[15] Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1(3):134-143.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

[16] Trabjerg TB, Jensen LH, Søndergaard J, Sisler JJ, Hansen DG. Cross-sectoral video consultations in cancer care: perspectives of cancer patients, oncologists and general practitioners. *Support Care Cancer*. 2021 Jan;29(1):107-116

[17] Nielsen JD, Palshof T, Mainz J, Jensen AB, Olesen F. Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual Saf Health Care*. 2003 Aug;12(4):263-72

[18] Coindard G, Barrière J, Vega A, Patrikidou A, Saldanha-Gomes C, Arnould P, Combessie P, Ourabah R. What role does the general practitioner in France play among cancer patients during the initial treatment phase with intravenous chemotherapy? A qualitative study. *Eur J Gen Pract*. 2016 Jun;22(2):96-102

7 Annexes

Annexe 1. Mail-type de recrutement

Bonjour,

Je suis assistante en dernière année de médecine générale.

Je réalise un mémoire sur la vision des médecins généralistes et oncologues sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer.

L'idée est de recueillir vos expériences, votre réalité, vos attentes, etc. sur le sujet.

Dans ce cadre, je suis à la recherche de médecins généralistes ayant eu déjà au moins une expérience dans le diagnostic/annonce/suivi d'un patient atteint de cancer.

L'entrevue consistera en une interview de 30 minutes à 1 heure.

Je peux aisément m'adapter à vos horaires de semaine et de week-end pour fixer un rendez-vous.

Dès lors, si vous êtes intéressés, n'hésitez pas à me contacter via cette adresse mail : marie.devogelaere@hotmail.com

Je vous remercie d'avance.

Marie De Vogelaere.

Annexe 2. Caractéristiques des participants de l'étude

	Sexe	Age	Années d'expérience	Pratique
MG1 Médecin Généraliste 1	H	+ 65ans	+ 45 ans	Pratique solo Rurale
MG2 Médecin Généraliste 2	H	+ 65 ans	+ 45 ans	Pratique solo Semi-rurale
MG3 Médecin Généraliste 3	H	55-64 ans	26-35 ans	Pratique solo Urbaine Formation en traumatologie sportive
MG4 Médecin Généraliste 4	F	55-64 ans	36-45 ans	Pratique associative multi- disciplinaire Urbaine Formation en nutrition
MG5 Médecin Généraliste 5	H	25-34 ans	- 5ans	Pratique associative uni- disciplinaire Semi-rurale Planning familial
MG6 Médecin Généraliste 6	F	25-34 ans	- 5ans	Pratique associative en tant qu'assistante en médecine générale de première année Semi-rurale
O1 Oncologue 1	F	35-44 ans	6-15 ans	Pratique hospitalière
O2 Oncologue 2	F	45-54 ans	16-25 ans	Pratique hospitalière

Annexe 3. Guide d'entretien pour les médecins généralistes

- Pourriez-vous me raconter votre expérience personnelle ou un cas concernant la prise en charge d'un patient oncologique, du diagnostic au traitement et après-traitement ?

- Selon vous, quel est votre rôle/place :
 - ✓ Avant le diagnostic ?
 - ✓ A l'annonce du diagnostic ?
 - ✓ A la prise de décisions concernant le traitement ?
 - ✓ Pendant le traitement ?
 - ✓ Après le traitement ?

- Pour quelles raisons le patient vous a-t-il sollicité ? Que représentez-vous pour lui ?

- Quelles sont les difficultés ou les obstacles qu'un médecin généraliste peut rencontrer lors de la prise en charge du patient oncologique ?

- Pourriez-vous décrire la collaboration qu'il y a entre la première et seconde ligne dans cette prise en charge ?

- Par quels moyens de communication passe la collaboration ?

- Participez-vous aux concertations oncologiques multidisciplinaires ?

- Selon vous, comment pourrait-on améliorer cette coopération ? Ou voulez-vous l'améliorer ?

Annexe 4. Guide d'entretien pour les oncologues

- Quel est selon vous le rôle du médecin généraliste :
 - ✓ Avant le diagnostic ?
 - ✓ Pendant la phase de traitement ?
 - ✓ Après le traitement ?

- Invitez-vous le patient à consulter son médecin généraliste ? Pour quelles raisons ?

- Quelles sont les difficultés ou les obstacles qu'un médecin généraliste peut rencontrer lors de la prise en charge du patient oncologique ?

- Actuellement, le médecin généraliste a-t-il un rôle dans la prise de décisions thérapeutiques ? Que pourrait-il apporter comme expertise ? Notamment lors de la COM.

- Pourriez-vous décrire votre collaboration avec les médecins généralistes ? Quels moyens de communication utilisez-vous ? Que pourrions-nous améliorer ?

Annexe 5. Rapport du Comité d'éthique

Bonjour,

Votre demande concernant le TFE **Visions des oncologues et médecins généralistes sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients oncologiques ; attentes et réalités** pour l'année académique **2020-2021** a été examinée par le Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG).

Les membres du GEIMG ont décidé à l'unanimité, sur base des informations transmises, que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

Le pdf de votre demande introduit auprès du GEIMG reste disponible sur l'application MGTFE/éthique.

Cordialement,
Le secrétariat du GEIMG

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 17/01/2021

ULiège (Montrieux Christian) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (LETOCART Véronique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Kacelenbogen Nadine) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

Annexe 6. Interview du Médecin Généraliste 5 (MG5)

Est-ce que vous pourriez me raconter une expérience personnelle, un cas qui vous vient comme ça en tête qui a été, en fait, un patient chez lequel on a découvert un cancer et quel rôle un petit peu vous avez joué dans cette situation ?

Cela doit être une situation problématique ou une situation qui s'est bien passée ou on s'en fout ?

Peu importe, peu importe.

Je vais parler de mon premier patient onco, le premier que j'ai pu diagnostiquer et suivre. Donc, c'était un patient d'une soixantaine d'années qui était tabagique mais qui n'allait jamais voir le médecin en fait. Bon, sa fille l'a poussé à venir ici parce qu'il toussait depuis 2 mois. De fil en aiguille, on fait radio, scanner, etc. Il apparaît qu'il y a des lésions suspectes. Donc, tout ça avec en un mois de temps. Et donc, à partir du moment où il y a eu ce scanner un peu délicat, j'ai pu commencer à préparer un peu le patient à la suite et ce qu'il s'est passé un moment, c'est quand on a fait ce scanner et qu'il y a eu une évaluation après par le radiologue et un pneumologue, il s'est avéré qu'il y avait besoin de faire des biopsies, etc. Et ce qui m'a marqué, ce qui est triste mais en même temps normal, c'est qu'à partir du moment où il est rentré à l'hôpital, le patient était complètement gobé par le service d'oncologie. C'est-à-dire que moi-même j'ai rien eu à dire. J'ai manifesté puisque c'est un patient... Aller, il allait super bien dans sa vie et tout d'un coup c'était vraiment une catastrophe pour lui quoi. Puisque ce qu'on lui donnait à ce moment-là... Parce ce que ce qu'on lui avait trouvé, c'était un petit peu invasif. Aller, théoriquement, je lui donnais 2 à 5 ans de vie quoi. Bon, je ne l'ai pas verbalisé évidemment mais c'était un petit peu ça vu l'aspect que ça avait au scanner. Donc, il est gobé par les spécialistes à l'hôpital, ce qui m'a d'autant plus marqué, c'est que le patient, quand c'est comme ça, quand tout va bien, quand tout est bien, il suivi par l'oncologue. Et quand il y a un truc qui merdouille un petit peu, on revient ici en médecine générale. Et donc, le fait est qu'avec les biopsies, etc, elles n'avaient pas été concluantes par rapport aux récepteurs PPD1, enfin bref, par rapport à une

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

immunothérapie par après. Et moi à ce moment-là, j'ai été perturbé et j'avais dit qu'il fallait peut-être refaire les biopsies du coup. Bref, on le met sous chimio et radiothérapie, il va mieux et puis il recommence à tousser quand il revient ici en consultation. Donc, à ce moment-là, je me retourne vers l'équipe d'oncologie et là, pas qu'on me prend pour un con mais en gros, c'est eux les oncologues et moi généraliste. Et le fait est qu'après un mois ou deux, on lui disait que tout allait bien alors qu'il y avait des petites lésions qui étaient encore là mais au Pet-scan ok. Je ne dis pas que la situation était si rassurante que ça, je ne dis pas qu'il faut être nécessairement alarmiste mais je veux dire les patients, il faut qu'ils fassent leurs papiers. Il a une petite-fille de 12 ans, il faut quand même qu'il prévoit les choses quoi. Et donc voilà, ici on est là. Le patient maintenant, il a une immunothérapie mais je veux dire, si on m'avait écouté dès le départ, il aurait eu son immunothérapie d'emblée de consolidation. Peut-être qu'il aurait gagné un an ou deux ans, on ne le saura jamais. Voilà, donc c'est une situation un peu frustrante mais ça représente tout à fait la problématique que moi je rencontre dans ma pratique. C'est que quand tout va bien, on est suivi par l'oncologue, quand toute la partie vraiment efficace de l'oncologie fonctionne, c'est-à-dire que la tumeur régresse ou que la radiothérapie va bien. Et puis après, on nous les lance. Là, je repars sur d'autres cas puisque lui, on en est à. Et on repart sur d'autres cas, où quand ils ne savent plus rien faire, on reçoit le patient en soins palliatifs. Le patient qu'on ne connaît plus, on n'est plus habitué à ses plaintes. Il se retrouve parfois avec des traitements immunologiques que nous on n'est pas censés connaître pour l'oncologue mais en même temps c'est nous qui devons, gérer les effets secondaires sur le terrain.

Evidemment, tous les oncologues ne sont pas à mettre dans le même paquet, ça c'est clair. D'ailleurs, il y en a qui sont supers mais il y en a d'autres honnêtement, pfff... voilà. On prend les gens quand ça va et après, voilà. Ils nous les remballent comme ils sont venus. Je trouve que ce n'est pas adapté parce que clairement, on est pas des oncologues nous mais on a... Je pense que rien que de participer aux COM, ce serait déjà un bon truc. Et c'est prévu en plus, on a un honoraire pour ça,

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

on a des visio-conférences. Mais, on ne sait même pas quand elles ont lieu, moi je manifeste l'envie mais on ne me dit pas quand c'est donc forcément, voilà.

Pour revenir un petit peu moins de manière plus large mais détaillée, quel est un petit peu le rôle selon vous, enfin, votre rôle avant de découvrir un cancer ?

C'est le dépistage. Je dirai c'est pouvoir penser que bien forcément un cancer on peut en avoir à tout âge et sur toutes ses formes. Et plus particulièrement dans des situations à risque. Donc, par exemple, quelqu'un qui fume, je vais toujours faire attention à son timbre de voix puisque bon, je ne vais pas lui faire un examen laryngé tous les deux mois. Mais par contre, le jour où sa voix devient plus grave ou plus aigue, c'est rare, plus grave, plus frissonnante, à ce moment-là, on va plus vite vers les examens. Donc, voilà, je fais toujours attention à ça. Ca reste toujours possible ; d'une toux on peut débarquer sur un cancer, de maux de tête on peut débarquer sur un cancer. Clairement, c'est pas quelque chose que je fais d'emblée sauf s'il y a ... Je pense à un pauvre gamin que j'ai croisé une fois, il avait une anémie, il avait déjà le crâne qui était enflé tellement sa moelle était en stimulation. Lui, clairement c'était une leucémie mais bon. Je ne fais pas ça en premier lieu mais je fais vite gaffe quoi parce que...

Au moment du diagnostic, c'est vous qui le dites, ou il y a d'autres personnes? Vous avez un rôle à y jouer ?

Quand c'est moi qui prends en charge, j'ai tendance à vouloir l'annoncer moi-même parce que j'estime que je fais mieux ça.

Par exemple, ce type-là, après je suis peut-être un peu trop jeune mais bon, ce type-là par exemple, après la bronchoscopie, donc le type était encore un peu sonné, le médecin dit à sa fille : « Oh ça c'est pas bon, c'est probablement un cancer ». Donc, on annonce le diagnostic à une tierce personne alors que le type est juste à côté. Donc lui, il avait bien compris le bazar parce que bon, je suis pas quelqu'un qui fait beaucoup d'exams donc quand je me lance dans une prise en charge, les gens se doutent bien qu'il y a plus. Ici même, aller, je veux dire c'était assez extrême avec lui parce que je m'étais arrangé pour lui faire faire moi-même tout le bilan

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

d'extension avant qu'il ait pu avoir sa consultation avec l'oncologue pour le préparer, pour que ça se passe calmement. On court un peu à leurs fesses parce qu'on a l'impression que ça doit être fait par l'oncologue le diagnostic. Moi je suis un peu frustré par rapport à ça mais clairement pour moi c'est à nous, en tout cas quand on a fait le bilan nous-mêmes. Si c'est le gynécologue qui trouve une tumeur, c'est normal que ça soit lui qui fasse les choses mais moi je pense qu'on a un rôle à jouer. On connaît aussi les gens, on sait, en tout cas, on croit savoir comment ils vont réagir. Il y a des gens qui sont forts dans l'impulsion, il faut quand même être sûr qu'il n'y a pas un passage à l'acte. On connaît la situation sociale des gens, on peut peut-être les prévenir quand même qu'il faut... Après, est-ce qu'il faut par exemple faire un accompagnement comme on fait parfois dans les cliniques de dépistage où quand il y a une annonce d'un HIV par exemple, est-ce qu'il faut une psychologue ? Oui, ça serait le must mais on ne va pas commencer en médecine générale à demander à une psychologue de venir avec.

Vous parliez de « préparer le patient à », ça c'est aussi un des rôles du médecin généraliste de préparer ?

Oui ! Donc, je ne suis pas alarmiste maintenant les gens en général quand ils font un examen, j'essaie de leur dire toujours à quoi est-ce qu'on peut s'attendre. Si c'est positif, qu'est-ce qu'on va peut-être faire, si c'est négatif, qu'est-ce qu'on va peut-être faire. Comme ça si après, je sais pas moi, je leur dis qu'on... Un pet-CT on sait pas le prescrire nous-mêmes je veux dire, une scintigraphie osseuse, je leur dis : « Là, si c'est positif, il va falloir faire d'autres examens un peu plus complets », de manière à ce qu'ils soient déjà entrain de se structurer l'idée quoi. C'est ça le but parce que sinon ils... parce que c'est un peu lourd je veux dire. On leur annonce ça parfois au détour d'une salle d'urgence. Du genre, j'ai déjà entendu, une dame qui va aux urgences parce qu'elle avait la jaunisse. Oui, elle avait la jaunisse parce que son foie était bourré de métastases, sa rate avait une tumeur énorme, enfin bon. Mais du coup, on lui annonce comme ça sur un brancard : « Et bien voilà Madame, on va vous mettre en oncologie ». En plus elle est morte après une semaine. Même

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

si ça ne fait qu'une semaine de vie, on peut quand même vivre ses derniers jours correctement.

La deuxième phase, c'est toute la prise en charge thérapeutique, radio, chimio ou autre, est-ce que vous avez une place là-dedans ou pas du tout ?

On ne gère que les merdes. Donc, tantôt par exemple, quand on a fini ici, je vais aller voir un patient qui devait faire sa radiothérapie aujourd'hui donc il a un cancer de la prostate que j'ai détecté. On l'a pris tard du coup, il faut faire beaucoup de séances de radiothérapie. Ici, c'est une fois par jour donc c'est quand même assez lourd. De ce que son épouse me dit, il a une cystite très probablement radique, bref, ça ne va pas. C'est moi qu'on contacte. Sinon, moi, pour le reste, je ne touche à rien, je ne sais pas quelle chimio il a, je ne sais pas quelle intensité de rayons on lui met, ça moi, j'ai aucune info. Je sais qu'on lui fait de la radiothérapie, je sais qu'il fait sa radiothérapie mais bon... Mais voilà, c'est plutôt les soucis. Mais ce que je fais, bon en sachant ça... Enfin, oui, au début ce que je faisais quand j'ai commencé, j'étais hyper frustré parce que je trouvais que... Enfin, c'est pas juste entre guillemets qu'on soit vus comme les larbins et après, quand il y a un couac c'est pour nous quoi.

Bon, sachant ça, j'avais prévenu le patient qu'il fallait qu'il surveille sa peau, qu'il fallait qu'il surveille son diabète et s'il y avait un problème, il fallait qu'il m'appelle. Mais donc pour moi, le rôle qu'on a à jouer c'est d'être en communication avec les oncologues, les radiothérapeutes, au moins pour faire le point. Si ça va, ça va, c'est un coup de fil qui prend 5 secondes. Et si ça ne va pas, qu'on nous dise à quoi s'attendre. Bêtement, ça j'ai reçu ça qu'une seule fois dans ma vie, un protocole de chimio où ils nous expliquaient à quels effets secondaires on pouvait s'attendre. Enfin, bon, on est censés le savoir je trouve mais tu sais, les chimio comme des dérivés de platines, on sait plus ou moins, c'est des classiques. Mais maintenant, avec les nouvelles immunothérapies, etc., je trouve c'est intéressant de savoir à quoi ce qu'il faut faire attention. Parce que bon... Surtout avec une immunothérapie, qu'est-ce qui est fréquent, qu'est-ce qui ne l'est pas, ça c'est plus l'oncologue qui sait. Rien que ça, ce serait merveilleux.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Oui c'est ça, et comme c'est souvent combiné.

Ah oui, rien que ça ce serait vraiment merveilleux. Après, je sais bien que ça leur prend du temps mais...

Et quand vous dites, quand ça foire, c'est plutôt les effets secondaires ou ?

C'est un peu de tout, ça peut être de tout. Par exemple, ici, chez lui, bon il a un diabète qui est contrôlé, un petit peu partiellement on va dire. Je m'attends à ce qu'il décompense. Donc, ça peut être pour un truc connexe mais qui est lié au syndrome inflammatoire lié aux rayons. Peut-être pas tout de suite parce qu'il vient de commencer mais dans 10 jours peut-être.

Des problèmes purement médecine générale, ça vous traitez encore ou parfois il est tellement gobé par l'hôpital que ...?

Oui, mais je remarque que même ça, c'est traité par eux. Ce n'est pas qu'ils le font mal mais je pars toujours du principe que quand j'envoie quelqu'un chez le spécialiste, j'ai déjà trié, il y a déjà le bilan. Donc, je veux que le spécialiste sur sa spécialité, sur la question que je lui pose et pas qu'il fasse mon boulot, ça je pense que je sais le faire. Du genre, vous faites une prise de sang, vous l'envoyez chez le spécialiste, par exemple, voilà si c'est le cardiologue, je leur dis, il s'occupe entre guillemets de son histoire à lui, de savoir s'il veut ou pas mettre une statine et il la met, bref. Savoir s'il faut après faire le vaccin Prévenar ou quelque chose comme ça, ça c'est plutôt à moi. Pas que c'est moi qui est plus qualifié pour les vaccins mais s'ils le font là-bas, c'est pas noté dans mon dossier donc après, moi je vais le refaire payer. Et si c'est pas quelqu'un qui rouspète sur l'argent et bien, il va pas se rendre compte qu'il a fait deux fois le même vaccin quoi. Bon, c'est pas forcément dangereux mais bon. J'ai répondu à votre question du coup ?

Oui, oui, c'est très bien. Pour la troisième étape, donc une fois qu'il a fait ses traitements, qu'il soit dans une optique de soins palliatifs ou plutôt dans une guérison, vous reprenez un certain rôle de nouveau là ?

Là on reprend la charge.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Et il y a des points d'attention qu'il faut aussi surveiller ?

Moi, je fais attention, bon évidemment, à la récurrence propre de ce cancer-là, donc du primitif et aux lésions secondaires qui peuvent être des métastases, ça c'est classique. Après, selon le traitement qu'ils ont eu, par exemple ils ont un traitement hormonal suppressif, il faut faire attention à l'ostéoporose, etc. S'assurer qu'ils aient fait des densitométries, etc., même chez les hommes, même si c'est payant. Ça c'est pour le primitif, alors, après quand on a eu un cancer, on peut toujours en avoir d'autre. Selon les types de cancer, c'est plus ou moins fréquent mais je ne sais pas moi... Un autre exemple, aller par exemple pour les cancers de thyroïde, je me méfie toujours des poly-endocrinopathies multiples, etc. même si c'est des... Mais bon, je fais toujours gaffe. Alors, après il y a les complications des traitements que ça soit hormonal ou traitements immunomodulateurs etc. Sur tout l'aspect hormonal, je fais tous les 6 mois un petit check-up au niveau de la thyroïde.

Après, quand il y a la chimiothérapie, quand c'est des grosses chimio, les sels de platines encore une fois par exemple, je fais faire voir le cardiologue tous les 3 ans, vérifier qu'il n'y ait pas d'hypertrophie. Je considère aussi les risques du médicament et alors, après, c'est d'être attentif à ce qu'ils nous racontent. Parce que souvent, ils font un petit peu attention à eux-mêmes. Parce que le fait d'avoir eu un cancer pour quelqu'un qui ne faisait pas attention à ses symptômes, ils vont vite dire : « Voilà, j'ai mal à la tête ». Alors, est-ce qu'il faut faire un scanner d'emblée, je ne sais pas mais il faudra plus vite le faire chez quelqu'un qui a eu un cancer.

Est-ce que vous avez, parce qu'on en a pas beaucoup parlé, on a parlé essentiellement du patient, son entourage vous sollicite-t-il ?

Ca c'est le problème, c'est qu'on nous sollicite indirectement. C'est-à-dire que souvent, on est amené à voir ces patients à la maison donc quand il y a de la souffrance pour la famille, c'est excessivement difficile à gérer parce que le problème c'est que les personnes ne peuvent pas dire... Je prends l'exemple d'une dame avec son époux, un gars dynamique et hyper frustré d'être malade et qui s'énervait. Mais la dame aussi, elle en avait gros sur la patate mais elle ne pouvait pas baisser les

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

bras devant lui. Et bon, il faut dire en catimini une fois, un petit peu en consultation, on regardera, parce qu'elle avait des problèmes de genoux, je lui ai dit :

« Revenez en consultation ». Mais là, ils sont tellement focalisés sur protéger l'autre, voilà, ils passent leur vie à côté et ils laissent tous les problèmes. Ca c'est le souci. Alors, ce que je fais souvent en tout cas quand ils sont à la maison, et quand ils ont entre guillemets un statut palliatif ou quand on va avoir besoin à priori de traitement supportif assez intensif, je fais d'office appel aux équipes de deuxième ligne. Pas forcément qu'il y en a besoin sur le moment mais comme ça ils le connaissent, il est dans leur base de données. Et une fois, bon si ça dure longtemps, une fois tous les ans ou tous les 6 mois-1 an, j'essaie de faire un briefing avec eux pour leur dire bon Monsieur il n'a pas de problème de douleurs donc au niveau des pompes, on en aura pas besoin. Par contre, il s'encombre, donc peut-être que si on vous appelle en pleine nuit, toujours avoir la scopolamine, les sondes, etc. On peut éventuellement les avoir à la maison. J'essaie de prévoir la catastrophe avant qu'elle arrive. Et l'avantage de ces équipes-là, c'est qu'il y a souvent un psychologue et donc voilà, c'est comme ça que je me fais aider.

Mais la famille est un problème dans ce sens- là, c'est qu'elle souffre énormément et on ne sait pas les aider parce qu'ils ont pas l'impression qu'il faut s'occuper d'eux j'ai l'impression. Parce qu'on se dit, oui, l'autre est entrain de mourir du cancer, moi je suis un peu triste.

Au niveau des obstacles ou des difficultés que vous pourriez retrouver pendant la prise en charge, plus pendant le traitement, quels seraient justement ces obstacles-là ?

Comme vous l'avez dit, le patient part et on peut ne plus le voir, c'est quoi en fait ces obstacles-là qui vous empêchent un peu de voir le patient ?

Je vais répondre à la question comme ça. Je reprends encore le patient que je vais voir tantôt donc lui il est en plein traitement mais je ne sais pas ce qu'il a comme traitement. Donc oui, il a de la radiothérapie mais à quelle fréquence, à quelle intensité, je ne sais pas. Donc, bon, si c'est une ... enfin, lui je sais que c'est intensif, parce que... Donc, on est assez intensif donc je sais me retrouver. Mais c'est

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

quand même la base de savoir c'est quoi le traitement et les gens ne le savent pas. Si c'est des injectables qu'on met en IV, ils ne vont pas savoir me dire si c'est une combinaison de 2-3 chimio différentes. C'est ça qui est difficile. Alors, après, quand je téléphone en oncologie, on me répond toujours d'un autre côté. Donc, si j'ai un problème je sais leur sonner. Ca, ça il faut leur laisser, honnêtement.

La communication se passe bien ?

Au téléphone, ça ils sont tous disponibles. Je ne sais pas si c'est parce qu'ils savent que c'est parfois compliqué. Mais en tout cas, ça j'ai jamais eu de problème réellement. Quand je les appelle, ils répondent.

Justement, j'aimerais que vous me décriviez si possible la collaboration qu'il y a entre cette seconde ligne, ces spécialistes, et vous-même. On en a déjà un peu parlé, mais comment ça se passe ? Est-ce que c'est efficace d'après vous ? Est-ce qu'il faudrait autre chose ?

Je dirais que théoriquement, ça doit être un triangle entre l'équipe spécialisée de l'hôpital, l'équipe de deuxième ligne et le médecin généraliste. J'ai pas l'impression que tous les bras du triangles soient respectés. C'est-à-dire que souvent, c'est moi-même qui fait appel à l'équipe de deuxième ligne et c'est moi-même qui fait le relais. Donc, il y a deux câbles sur trois au niveau du triangle. Je ne sais pas si c'est vraiment un problème ou pas. Mais en tout cas, pour moi il y a une bonne synergie à ce niveau-là. En tout cas, l'équipe de deuxième ligne moi je les adore. Et je vais dire, si vous êtes devant le patient, vous leur expliquez un petit peu, ils savent savoir déjà dans quelle situation vous êtes. Rien que par le ton que vous employez, ils sont tellement habitués que... Si j'ai un problème en pleine nuit, je sais que je peux leur sonner. Je vais leur sonner et si j'ai besoin d'une pompe, ils vont me la donner. Et s'ils ne l'ont pas, ils savent me dire voilà à telle pharmacie, vous pouvez aller et ils vont vous la donner aussi. Enfin, je trouve qu'ils s'adaptent vraiment très bien au terrain. Pour moi, ils sont d'une aide importante. Parfois, dans certaines situations, c'est bien d'avoir un deuxième avis. Pas forcément qu'on se trompe mais parfois, on a l'impression qu'on s'embarque dans des situations un peu scabreuses.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Quand il faut commencer à sédaté par exemple, c'est difficile de se dire soi-même on va sédaté le patient. Donc, s'il y a l'équipe qui est là et qui verbalise aussi le même avis par rapport à moi, par rapport au patient et à la famille, on rentre déjà dans un truc qui est logique. Parce qu'au départ la famille ne veut pas qu'il souffre, donc il faudrait qu'il ne souffre pas, qu'il soit conscient, que tout aille bien, qu'on supprime la tumeur. Il y a un moment où je fais appel à eux aussi pour ça, pour essayer qu'on se mette autour d'une table et demander clairement où est-ce qu'on va. Mais clairement, ils sont... Ces des gens supers sur le plan humain, voilà, ils sont magnifiques quoi.

Donc, si je comprends bien, uniquement dans l'intérêt du patient, il n'y a pas que son médecin généraliste, son oncologue, il faut qu'il y ait un réseau vraiment ?

Ca dépend de la situation. Mais en tout cas pour les soins palliatifs où il y a quand même, je trouve, la nécessité d'une multidisciplinarité. Oui, ça je trouve que c'est absolument nécessaire. Après, quelqu'un qui est en rémission, qui va bien, ce n'est pas nécessaire. Mais vraiment, pour les soins palliatifs, je trouve que c'est important d'être multidisciplinaire. Pas que... C'est-à-dire, que moi je communique souvent avec les infirmiers plutôt qu'avec le médecin responsable des soins palliatifs parce qu'ils ont une autre vision que nous et... voilà. Après, c'est ma manière de fonctionner, je travaille en planning, on est habitué à avoir tout à plusieurs. Et ce n'est pas plus mal parce qu'on n'a pas un niveau de connaissances hiérarchisé mais un niveau de connaissances étalé. On a tous quelque chose à apporter. C'est important d'avoir des points de vue différents.

On en a déjà parlé un peu mais qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer un petit peu cette communication ?

Ca c'est assez comique parce que c'est quelque chose ... Je vais lancer une thèse de doctorat sur ce thème-là, sur plus ou moins ce même genre de choses, sans aller dans les détails. Je pense que la communication c'est dans deux sens. Donc, c'est-à-dire que moi, si c'est pour envoyer les gens comme ça chez les spécialistes, je le fais jamais sans lettre. Ca ce n'est pas possible. Et je ne supporte

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

pas qu'on ne m'envoie pas de lettre non plus. Donc, quand on ne m'envoie pas de lettre, je téléphone.

Ca arrive encore ? Même en oncologie ?

En oncologie, je n'ai pas encore eu le cas. Ah bien si, justement, si, si, si, si. J'étais entrain de me dire non, c'était de la chirurgie, mais c'est bien de l'oncologie. Le type... Qu'est-ce qu'il a ? On a du lui faire une néphrectomie en urgence parce qu'on lui a découvert une tumeur qu'on suspectait d'être infiltrante. Bref, on l'opère, tout se passe bien. Il revient ici pour voir comment ça va. Je ne savais même pas qu'il avait été opéré et je ne savais même pas qu'il avait un cancer ce type. Je dis oui... Je commence à m'énerver, je regarde dans le réseau de santé wallon, il y avait rien. Donc là, je commence vraiment à m'énerver. Toujours pour tarifier une visite quand on vient faire coucou au malade à l'hôpital, ça on le tarifie toujours même si c'est juste pour vérifier le redon, on tapote le ventre et voilà, c'est 50 balles ou 80 selon. Et donc, là, oui ça m'arrive de péter des câbles. Clairement, je ne supporte pas ça. On ne sait même pas si vous avez été transfusé, on ne sait pas si on doit lui mettre un cathéter central alors qu'est-ce que vous voulez que je fasse moi ? J'ai regardé ses plaies, etc. mais ce n'est pas ça une prise en charge correcte. Ca arrive mais... Je sais pas si le... Enfin, moi j'ai l'impression que les médecins à l'hôpital ils écrivent sur leur dossier comme ils doivent le faire. Nous, on donne une lettre vite fait au patient, ce que j'essaie de ne pas faire mais bon. Quand j'ai discuté dans le cadre de mes précédents travaux avec les spécialistes, parfois c'est : « Veuillez prendre en charge mon patient pour maux de tête ». C'est quoi ça ? Autant l'envoyer et démerdez-vous. Enfin, ça sert à rien alors de faire une lettre, on gaspille une feuille A4 pour rien. Il faut qu'il y ait un dialogue pas juste du papier écrit.

Et parfois, je vois les spécialistes qui font des rapports longs mais longs... et en fait, ils recopient juste les anciennes consultations. Mais parfois juste des consultations typiques d'orthopédie, le patient est opéré de.... On lui a fait : ça, soins de sortie : ça, faire attention à : ça. Parfois, ça c'est mieux que 36 brots en dix pages. Ca on lit même pas. Qu'est-ce que vous voulez que je passe mon temps à lire 30 pages ? Parce que c'est quasiment ça. J'ai des dossiers de patients qui font 20

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

pages. Tout va bien. Hors, qu'est-ce qu'on fait ? Suivi, idem. TVB, TBR, etc. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question mais je pense que ce qu'il faudrait c'est une communication adaptée à l'usage qu'on en fait. Je ne sais pas moi, qu'il y ait un petit coup de fil de temps en temps. Que cela soit structuré, parce que c'est ça qu'il faut. Les médecins ne fonctionnent pas sans argent, sans structure parce que sinon ils ont l'impression de perdre leur temps et leur argent. Mais c'est pas vrai. Je veux dire, on a tous maintenant des ordinateurs, des caméras, on fonctionne tous en vidéo. J'ai jamais, je pense, abusé de la patience d'un oncologue et l'oncologue n'abuse jamais de ma patience non plus. Mais ça permet quand même de... Voilà, ici, j'ai un patient qui rentre de l'hôpital, il me fait un OAP tous les mois. C'est quand même un gros cas. On le remballe le vendredi, non jeudi soir pardon. On m'appelle le vendredi à 14h, qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? C'est pas que je suis pas smuriste, que j'ai pas envie de faire les trucs mais bon... Je suis pas infirmier, pédiatre, néphrologue et tout en même temps.

Et donc, utiliser entre guillemets ces nouvelles technologies, même si c'est pas réellement nouveau, ça pourrait faciliter ?

Je ne sais pas si c'est forcément les nouvelles mais je pense qu'il y a assez de moyens maintenant pour le faire correctement. Et je pense qu'il faut aussi, et on le voit maintenant dans les lettres d'urgence, qu'on a l'impression que l'urgentiste il copie pour son assurance ou parce qu'il faut faire un rapport. C'est pas ça l'idée. Le rapport, je ne sais pas s'ils ont compris mais le rapport il va sur le réseau de santé wallon donc après tout le monde peut le voir. Que cela soit plus une communication plutôt que le truc pour se protéger quoi. La personne migraineuse qui vient à deux heures du matin, examen neurologique normal pour être sûr qu'après on ne vienne pas nous dire qu'on a loupé une tumeur dans la tête quoi.

On oublie peut-être qu'on doit d'abord répondre à sa propre question à nous ?

Exact, c'est ça. Et moi, je pense que c'est dans les deux sens. Parce que c'est vrai, les généralistes, on est ... Enfin, c'est les spécialistes QUI. Je pense que nous aussi on doit apprendre à faire des lettres correctes. Donc, la lettre, c'est pourquoi je

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

vous l'envoie, qu'est-ce que j'ai déjà fait, à quoi je pense et il y a une question en bas. Ce n'est pas...

L'effort ne doit pas venir que des spécialistes, c'est aussi...

Ah non. Mais c'est pour ça que je me permets de rouspéter parce que moi, je n'envoie pas quelqu'un sans lettre. D'ailleurs, quand les spécialistes m'appellent et me disent que je n'ai pas fait de lettre. Je leur dis alors que c'est parce qu'il est venu tout seul, donc, je ne peux pas vous aider. Ça permet aussi qu'ils sachent un petit peu... Du coup, je remarque que certains spécialistes avec qui je travaille souvent, les lettres sont faites différemment aussi. Quand les gens s'en vont tous seuls chez le spécialiste, il écrit un petit brol comme ça. Et quand on prend le temps d'écrire une lettre qui est longue parce que peut-être le cas est compliqué, on sent, enfin, moi je sens que ça fonctionne. Alors, évidemment, je le fais parce que j'ai vu au travers de mes deux TFE que ça pouvait fonctionner comme ça mais il faut en avoir envie quoi. Je ne sais pas si c'est très rentable. Il y a l'aspect du temps et de l'argent qui est là.

Ce n'est pas palpable en termes de chiffres mais...

En termes de santé publique, c'est clairement valable. Après, ce n'est pas ce que je pense. Je préfère passer dix minutes de plus à écrire une lettre. Clairement, je ne vais pas rouler en Porsche mais si je voulais rouler en Porsche, je ferais un autre boulot je pense malheureusement. Je pense que c'est donc aussi une réalité. Ça prend du temps de faire des lettres. Et pour les spécialistes aussi. Il faut pas oublier que dans le, et ça j'utilise aussi par exemple, quand typiquement les ophtalmologues ils font jamais de lettre, dans le code de consultation de l'ophtalmologue, c'est plus cher comme la plupart des spécialités d'organes je vais dire. C'est plus cher mais il y a « et rapport ». Normalement, il y a aussi ça. Alors, c'est plus cher parce que parfois il y a plus d'examens à faire. Un orthopédiste s'il doit retirer un plâtre, et bien il faut payer le plâtre. Mais normalement, ils sont tenus de faire un rapport. Nous, quand on regarde le code, il ne fait pas écrit qu'on a fait un rapport. Malheureusement, pour motiver ceux qui ne sont pas motivés... Les consultations téléphoniques, ça ne marchait, résultat on a mis un code. C'est triste.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Alors, qu'il faudrait plus penser intérêt du patient ?

Oui c'est ça. Bon, je ne regarde jamais la télé parce que j'en ai pas mais je suis tombé une fois sur un journal chez quelqu'un que je visitais, c'était par rapport aux maisons de repos, etc. Et c'était un psychologue qui ne faisait que ça et il disait que le problème est que les soignants ont trop dans la tête l'aspect temps, l'aspect argent, l'aspect matériel plutôt que l'aspect général et bien-être. Parce que parfois 5 minutes par jour de perdues entre guillemets au lit du malade, après il gagne du temps parce que le malade il va mieux.

De nouveau, la communication, si on prend le temps de faire une lettre, on va gagner en...

Ah oui, en tout cas moi je trouve que ça fonctionne mieux comme ça. Ne pas les envoyer, en général ils ne le font qu'une fois. Après, moi je trouve que c'est une erreur. Après, ils m'ont dit que c'était un problème informatique. Ok, et bien alors on donne la lettre au patient quoi je vais dire c'est quand même pas...

Justement, est-ce que vous avez des contacts plus privilégiés ? Vous connaissez un pneumo, un onco ? C'est important pour le médecin généraliste d'avoir ce réseau ?

Oui, parce que ce qu'il me tient à cœur, c'est de savoir où j'envoie les gens parce que j'ai confiance en eux. Donc, je connais, avec le temps ça, ça vient, de savoir un petit peu qui fait plus quoi. Je sais qu'il y a une oncologue qui fait plus les soins palliatifs donc si j'ai un couac je sais que c'est à elle que je vais demander par rapport à ça. Il y en a un autre, il est plus factuel, nouvelles techniques donc si j'ai un souci avec une nouvelle immunothérapie, je sais que c'est lui que je vais appeler quoi. Pareil pour les autres spécialités en fait. Ça, ça me tient beaucoup à cœur parce que j'aime bien de savoir... Voilà, on a tous une manière de fonctionner et j'apprécie pas forcément certaines manières de fonctionner. Donc, quelqu'un qui serait brut avec les gens, ça j'envoie jamais par exemple sauf s'ils ont envie d'aller.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Je voulais juste revenir sur les effets secondaires des traitements, est-ce que vous vous sentez à l'aise par rapport à ça ?

Oui mais parce que je sors des études et que comme c'est un sujet qui est en perpétuel évolution, j'essaie de faire des petites formations, dans les GLEM, les recyclages, etc. Donc ça oui mais si on ne le fait pas, on tombe vite à court parce que tous les deux mois, ils nous pondent des nouvelles immunothérapies. Je pense que les médecins généralistes doivent continuer à se former, ça c'est une chose. Moi, je suis quand même en faveur de, même si...., mais qu'il y ait une évaluation des médecins généralistes avec le temps, pas que des généralistes. Mais je pense aussi que le rôle du spécialiste c'est de pouvoir prévenir, là attention cet effet secondaire là il est important. Parce que par exemple, il y a des immunothérapies qui augmentent le risque de faire des sténoses au niveau des coronaires, pas des sténoses emboliques mais des sténoses inflammatoires. Il faut le savoir quoi ! Chez quelqu'un qui se plaint de douleurs dans le thorax respiro-dépendantes, il faut avoir plus facilement recours à l'électrocardiogramme. Que d'autres, on va se dire, et bien oui, il a eu sa radiothérapie, il a mal, c'est enflammé.

Ce serait donc d'avoir une petite liste ?

Un petit machin quoi. Celui qui l'avait fait avait fait très court. Ca c'est pour le court terme. Mais pour le long terme, un petit rappel de l'oncologue quand il sort ou quand on l'estime en rémission, je ne sais pas moi, qu'il ait un petit truc : faire attention à ça, ça, ça. Voilà, je ne sais pas si j'ai été suffisamment clair mais je me suis donné à fond pour que cela soit structuré.

C'est très bien merci beaucoup.

Annexe 7. Interview de l'oncologue O1

Quel est selon vous la place du médecin généraliste pour le patient avant le diagnostic de cancer ?

Avant le diagnostic, c'est certainement la prévention au quotidien. Je pense que le médecin généraliste doit faire de la prévention.

Au moment du diagnostic a-t-il un rôle ?

Pour moi, le médecin généraliste, il a un rôle tout au long du parcours. Au moment du diagnostic, là où il risque de moins intervenir c'est lorsqu'on fait ce qu'on appelle le bilan d'extension, la mise au point du cancer, là, en général c'est vrai que ça se fait en intra- hospitalier et le médecin généraliste n'a pas réellement de rôle. Par contre, suite à ça, il s'ensuit alors une réunion multidisciplinaire où tous les patients sont discutés. Où là on va poser l'indication et le choix du traitement il est basé sur nos recommandations. Là, c'est vrai qu'il n'a pas grand chose à faire et là à nouveau, c'est notre job. Mais par contre, il doit être aussi contrebalancé par l'état général du patient, son statut social. Et donc, ça c'est son rôle. Et nous en tout cas, c'est vrai que tous les médecins généralistes sont toujours les bienvenus lors des concertations multidisciplinaires et c'est toujours un plus quand ils sont là. S'ils ne sont pas là, alors on retourne vers eux quand ce type de maladie avec ce stade d'évolution, en consultation, ce serait ce type de traitement. Et voilà, vu le contexte qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on ajuste ou on y va pas ? Et moi, régulièrement, je les appelle.

Pour la prise de décision thérapeutique alors ?

Dans des situations qui posent évidemment, qui posent questions. Moins chez quelqu'un qui est bien, en pleine forme, là on fait le traitement qui est recommandé. Bon, évidemment, même dans ces situations-là, je ne vais pas les appeler mais ils sont quand même toujours tenus au courant en recevant et le rapport de consultation multidisciplinaire et mon rapport.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Pendant la phase de traitement, est-ce que vos patients sollicitent leur médecine traitant ?

Alors, il y a un peu tous les cas de figure. Donc, nous on les encourage à le faire. C'est-à-dire que même pendant la phase de traitement donc au-delà du diagnostic, c'est pour moi important que le lien vers le médecin généraliste puisse être maintenu. Et je pense que le médecin généraliste a en tout cas toute sa place dans le parcours, suivre avec nous la prise en charge des effets secondaires ou des éventuels autres événements. On essaie quand c'est... enfin, on a pas mal de réunions concernant les nouveaux traitements. Parce que c'est vrai qu'on a souvent un retour de la médecine générale comme quoi : « Vos traitements changent tellement, on s'en sort plus, on ne suit plus ». Donc, on essaie au maximum d'informer mais je pense que c'est une collaboration. Moi j'encourage les patients à le faire. En pratique, pour certains patients ça marche très bien, ils ont un bon contact avec leur médecin traitant. Pour d'autres, notamment ceux qui avaient déjà pas beaucoup de contacts avant avec leur généraliste, et bien, du coup ils ne voient plus trop entre guillemets l'intérêt d'y aller. C'est vrai que par la force des choses quand ils sont en traitement chez nous, ils y sont souvent. Donc, oui, les patients peuvent attendre trois jours en disant : « Bien, je vais quand même faire ma chimio ». Alors nous, ils arrivent en chimio avec toute une série de choses qui n'ont parfois absolument rien à voir avec les effets secondaires ni avec la maladie hein. On se retrouve à faire des échographies de genou parce que le type a une arthrose et qu'il crève de mal et qu'il y a peut-être un peu de liquide et du coup, ça fonctionne pas bien. Et il y a des choses qu'on ne connaît pas bien. Dans ces cas-là, moi j'encourage souvent à retourner vers le généraliste. Et les patients ont parfois du mal à comprendre ça. On doit souvent recadrer. Les gens viennent souvent, pendant longtemps donc ils ont une certaine habitude à l'oncologie, au service. Ils vont nous dire : « J'ai fait une chute à vélo la semaine dernière, je ne sais plus poser le pied par terre. Comme je venais aujourd'hui, j'ai attendu ». Ca, c'est classique, moi, j'en ai toutes les semaines des cas comme ça. Alors, pour nous, c'est très embêtant. Non seulement, on y connaît rien et à l'hôpital de jour, commencer à faire une radio,

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

appeler l'orthopédiste parce qu'on ne sait pas faire. La plupart du temps, c'est le cas. Nous, on insiste beaucoup en tout cas.

Après, si je comprends bien, il faut redéfinir le cadre. Que cela soit vous qui le fasse ou le médecin généraliste, que ça soit d'un côté comme de l'autre.

Oui, oui. Oui, je pense que le médecin généraliste peut aussi redéfinir ce cadre en disant : « Bien voilà, n'hésitez pas. Je reste disponible pour.... Pour tout. » Alors, oui évidemment, il est juste peut-être un peu plus en retrait. Mais on est quand même assez facilement joignable. On a une hotline réservée pour l'oncologie. Donc pour les appels pas 24h/24 mais en tout cas, ils sont en lien direct, ils arrivent directement sur notre deck. Ils sont en lien direct avec un oncologue. Pas la nuit mais uniquement pendant les heures ouvrables. Donc, on peut quand même facilement réorienter assez rapidement. Et parfois j'ai des mails, je fais partie des plus jeunes donc il y en a quand même.

Ca et le contexte peut-être faisant aussi.

Oui, oui. Mais c'est vrai que j'avais pas avant. J'ai encore reçu récemment un mail en disant : « Voilà, patiente untel est hypotendue, j'ai arrêté son Indapamide, j'espère que j'ai bien fait ». C'est bien quoi, donc. Je crois que la collaboration doit se maintenir mais après il y a à faire des deux côtés. Nous, à cadrer de plus en plus, au patient à bien comprendre les choses. Et à l'inverse, on a... J'ai beaucoup de patients qui vont voir leur médecin généraliste et où le médecin généraliste rappelle et ne venait pas parce qu'ils étaient suivis. Et ça, il y a quand même pas mal de patients qui nous le disent.

Dans quelles situations intervient le généraliste dans l'organisation ?

Dans tout ce qui est à côté, parce qu'il n'y a pas que le cancer. C'est pas parce qu'un jour on a un cancer qu'il n'y a plus aucune autre pathologie. Et malheureusement, à nouveau, c'est une dérive, surtout que maintenant nos patients sont traités longtemps. Donc, parce qu'ils sont en oncologie, plus rien d'autre n'existe, et on se retrouve à avoir des fibrillations auriculaires qui décompensent. Et

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

à nouveau, nous on est pas compétent pour ça. Et donc, je pense que, il y a quand même aussi un rôle par rapport au suivi de tout le reste. Et par exemple, le sevrage tabagique est important même si on a déjà un cancer, ça reste important. Donc, au niveau psycho-social, ça a quand même beaucoup d'importance de garder ce lien. Sur le plan thérapeutique, ce que je rajoute aussi mais vous le savez peut-être, c'est qu'on a un programme d'hospitalisation à la maison. Et alors là, je pense que c'est le meilleur exemple de ceci. Il y a les acteurs de l'hôpital, il y a le patient au centre et il y a les acteurs du domicile donc à savoir ceux qui viennent de l'hôpital et les acteurs de première ligne. Dans ce programme, c'est très important de souligner ça. C'est que nos infirmières vont à la maison pour faire passer la chimiothérapie mais ne vont pas à la maison pour faire la Fraxiparine, ça, ça reste la première ligne. Donc, à partir de ce moment-là, il y a le patient à la maison et autour, il y a quand même beaucoup d'intervenants. Il y a les intervenants de première ligne, il y a le médecin traitant, il y a les infirmiers spécialisés qui viennent perfuser la chimiothérapie et il y a nous parce qu'on prescrit cette chimio et on la supervise. Mais donc, tout ce petit monde doit vraiment se coordonner avec des réunions qui sont organisées à domicile. Et ça c'est un projet qui a été mis en place et qui fonctionne vraiment très bien. Je crois que c'est pour moi le plus bel exemple de collaboration.

A ce moment-là, le médecin généraliste est un petit peu le chef d'orchestre et fait le lien justement avec les différents acteurs. Après le traitement justement, est-ce qu'on a un autre rôle pour le patient ?

Alors, le après-traitement, il y a deux cas de figure. Il y a le positif et le négatif. Si on commence par le négatif, ça c'est vrai que s'il n'y a pas eu ce lien gardé un moment donné, et là c'est un reproche fait par les médecins généralistes que eux, et bien, parfois ils n'ont plus vu leur patient et ils débarquent dans cette prise en charge palliative. Donc, c'est d'autant plus important du coup d'avoir tenu le lien pendant toutes ces années. Pour moi, c'est toujours très important que le médecin généraliste puisse s'impliquer pour ne pas justement qu'il re-débarque dans l'histoire. Donc, voilà. Maintenant, quand il y a une prise en charge palliative, il reprend une place. Quand c'est positif, à savoir quand le traitement est terminé et

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

que le patient est en rémission, il reprend, enfin il est censé l'avoir gardé, sa place de généraliste, pour toute autre pathologie et continuer avec la prévention. C'est vrai que le suivi est fait ici. Mais on aimerait les impliquer davantage. Donc, là on est entrain de mettre en place, et c'est mis dans nos lettres en général. On a tout un projet de mettre en place, vraiment qu'à la fin du traitement le patient reçoit ce document avec voilà, « moi - donc quelque chose de personnalisé - je dois faire un scanner tous les 6 mois, une mammo tous les deux ans ». En gros, les examens et recommandations après traitement. Evidemment, ce dossier, enfin ce document serait dans le dossier du patient, serait remis au patient et serait surtout envoyé au médecin généraliste. Parce que si pour une raison ou une autre, le patient ne vient plus, et bien, pourquoi pas est-ce que le médecin généraliste serait impliqué dans le suivi et avoir les lignes de conduite. Alors, quand le suivi oncologique s'arrête, là il y a vraiment un relais. Dans les suivis, c'est pareil, on voit les gens tous les x temps avec une prise de sang. Donc, oui on fait cette prise de sang, oui, il y a un cholestérol donc on est toujours très mal à l'aise de dire : « Bien voilà, votre cholestérol n'est pas normal mais je ne vous prescris rien. Allez voir votre médecin généraliste ». Les gens ne sont pas toujours très contents mais on essaie de le faire. Donc, c'est très important que tout le suivi soit fait.

Quels seraient les obstacles ou les difficultés, pendant la prise en charge pour nous à s'impliquer ?

Pour moi, ce serait une mauvaise information ou un manque d'informations. Informations purement scientifiques et ça, ça reste assez fou. Donc, ça c'est un problème. Et d'informations pour le patient, enfin, après si le médecin généraliste n'a pas été informé que le dernier scanner était catastrophique, quand il se rend au domicile pour voir le patient et que tout n'est pas rose, ce n'est pas toujours facile. Donc, bien informer. Là aussi, on clôture un projet pour des fiches par médicament et par médicament, il y a une double fiche. Il y a des informations pour le patient qui ne sont pas les mêmes. Aujourd'hui, il y a de plus en plus de traitements et de plus en plus de traitements qui ont une multitude d'interactions et donc on a beaucoup de contre-indications. Et ça fait peur au médecin généraliste, d'ailleurs certains nous

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

disent : « On ne connaît plus rien à vos traitements, on ose plus rien prescrire au patient quand il vient pour une hypertension ». Donc, sur ces fiches, tout ça est expliqué, ce qu'on peut donner et ce qu'on ne peut pas donner. Donc, en début de traitement le médecin généraliste recevrait cette fiche. On clôture ça dans les prochaines semaines.

Vous anticipez très bien mes questions en tout cas. J'aimerais revenir surtout sur la collaboration. Vous, dans votre expérience, vous l'avez évoqué dans certaines situations, est-ce que vous avez un contact régulier avec le médecin traitant ?

Alors, ça dépend si on prend en compte... Enfin si on ne considère que le contact téléphonique. Si on considère que le courrier est un contact, alors là on a quand même des contacts très réguliers. Maintenant, c'est vrai, maintenant, me concernant, mes courriers sont faits directement. Donc, le jour-même de la consultation, c'est signé et envoyé directement. Le jour-même de la consultation, ils sont envoyés. Alors, soit le médecin traitant fonctionne encore pas courrier donc là, il y a encore un délai soit c'est disponible sur le réseau de santé wallon. C'est-à-dire que théoriquement, s'il revoit le patient quelques jours plus tard, il peut directement savoir. Donc, dans mes courriers il y a un courrier à chaque consultation ou à chaque problème. C'est-à-dire ce qu'on fait, nous, en tout cas ici, dans le service, on partage avec l'hôpital de jour le boulot. Parce que si on dit on change de traitement parce que la maladie évolue trop, non je ne ferai pas un courrier à chaque chimio pour autant qu'elle se passe bien. Bien évidemment, s'il y a eu un gros problème oui. Mais si elle se passe bien, je ne ferai pas un courrier à chaque fois. Mais les bilans oncologiques, c'est plus ou moins tous les deux mois. Donc, on peut compter que pour chaque patient, le médecin généraliste va recevoir un courrier plus ou moins tous les deux mois, plus ou moins. En expliquant l'évolution et les changements éventuels. Personnellement, moi j'appelle par téléphone, et là aussi il y a un courrier où on renvoie le patient au domicile. Là, le médecin généraliste est prévenu, contact téléphonique. Et donc, parfois l'apport du médecin généraliste nous aide à prendre des décisions. C'est souvent le cas pour les patients plus âgés. C'est souvent le cas dans des situations où le patient est dément et loin dans la maladie parce que le

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

patient n'est pas bien du tout, pas en état d'avoir une chimio. Ca c'est vraiment la situation typique, il est pas en état d'avoir une chimio mais il n'était pas en état à cause de son cancer donc à ce moment-là, il faut le faire pour qu'il aille mieux. Et on appelle le médecin généraliste, qui nous dit : « Mais non, on en est là depuis des années ». Donc, non, là on se rend compte qu'il a une qualité de vie pas terrible donc c'est peut-être pas juste notre problème actuel. Donc, ça relève à la fois de situations gériatriques et soit faut-il pas ou faut-il traiter. Donc, ça commence à... Pour nous, il faut traiter ; 45 ans, un cancer avancé mais gros retard mental. Mais parfois c'est pas facile, et parfois on a juste la dame avec sa poupée, elle s'amuse toute seule. Ca m'est arrivé, et donc impossible de prendre une décision. Alors, quelles sont les ressources ? Oui, soit on a une famille hyper entourante autour mais c'est pas toujours le cas. Voilà, Madame elle vient d'une institution, il n'y a personne autour, impossible de prendre une décision. Donc, avis du médecin traitant. Lui, va pouvoir nous dire : « Mais bon, voilà, cette dame elle est comme ça mais elle a une super qualité de vie, elle est très heureuse dans son institution. Ca se passe bien ». Nous, on ne le voit pas. Donc là, c'est impossible de se décider sans.

A l'avenir, comme l'horaire n'est jamais vraiment superposable on va dire ça comme ça, est-ce qu'au moment de la COM, on pourrait pas avoir un contact audiovisuel ou ?

Oui, c'est ce qu'on essaie de faire.

Téléphoner par exemple.

Vu qu'ici avec l'épidémie Covid et donc là, on est entrain de régler des problèmes techniques pour cette collaboration avec l'extérieur se passe. C'est un peu l'idée. Là, de nouveau, on a un peu des retours... Ce qui n'est pas toujours facile, c'est que la médecine générale, c'est très hétérogène. Nous, certains nous disent en intrahospitalier : « On en peut plus de recevoir vos lettres. En onco, vous en faites beaucoup trop. Nous on s'en fout de savoir qu'il est à sa quatrième chimio. On reçoit beaucoup trop de courriers, arrêtez. ». Et d'autres nous disent : « On n'est pas assez au courant. On voudrait être plus au courant ». Donc, c'est très personnel, c'est d'un

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

médecin à l'autre. Donc, on a le cas pour les lettres. On a le cas, et bien, comme je disais tout à l'heure, même pour le suivi de patient. Certains disent : « Non, moi, vous êtes suivis en oncologie. Je ne m'avancerai pas dans votre traitement. Allez voir là-bas. » Et d'autres, à l'inverse : « M'enfin, on est pas au courant, ça ne va pas ». Et pour les COM, c'est pareil. On donne aux médecins l'heure. Et ça, c'est fait par le passé, on envoyait des mails. Certains venaient et d'autres pas. Certains disaient : « Pourquoi je vais venir ? Discuter pendant des heures de la taille d'une nodule, etc. » et à l'inverse, d'autres nous disent : « C'est super intéressant ».

Donc, ça dépend du médecin à ce moment-là ?

Je pense qu'il faut que ça reste personnel. Honnêtement, moi je pense que ce n'est pas toujours indispensable. Une COM c'est toujours très structuré. On a un diagnostic, on fait un bilan de staging qui est toujours, enfin, qui est structuré. On arrive donc à un stade de tumeur et en fonction de ce stade, on a une recommandation de traitement, qu'on retrouve sur nos recommandations EBM. On n'invente pas sur le moment-même. Bon voilà, après, là où ça devient intéressant, c'est voilà ce qui est recommandé. Est-ce que pour ce patient donné, c'est correct ou pas ? Mais quand même dans une majorité des cas, on se limite aux recommandations. Et on se limite aussi aux patients pour lesquels, non, cette recommandation doit être discutée. Mais pour tous les patients où voilà, la recommandation est applicable, est-ce que vraiment le médecin généraliste a envie de s'impliquer dans cette recommandation ? Ca c'est de l'oncologie pure, c'est quand même chacun sa spécialité. Il ne va pas aller dire : « Non, pour ce cancer, j'ai plutôt envie qu'on fasse de la chimio ». Enfin, je ne pense pas.

Ce n'est pas notre domaine non plus.

Et bien c'est ça. Dans la majorité des cas, comme c'est très clair, il n'y a pas d'apport en plus. Ca doit être bien ciblé pour ne pas perdre son temps.

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

Peut-être du coup en amont pour dépendre alors la situation psycho-sociale ? Voilà, c'est une dame de 50 ans qui travaille, etc. Autant participer justement à ce domaine là puisque pour le reste, on n'a pas les outils.

Oui, mais c'est ça. Il faut avoir l'apport avant. Après, une autre idée de fonctionnement, on essaie d'envoyer les listes de COM à l'avance comme ça ils peuvent voir : « Voilà, mon patient sera discuté bientôt. Je recevrai l'information après » ou au contraire : « Oh, ce patient c'est compliqué ou pas indiqué » et alors se connecter. L'autre apport aussi dans les débuts de traitement, donc il y a ce qu'il faut faire et ce que les patients ne veulent pas faire. On a encore régulièrement des patients qui refusent certains traitements. Mais bon, un gars d'une trentaine d'années qui dit : « Oh bien non, je ne veux pas de ça ». Voilà, si on sait intimement que c'est pas le cas et qu'on a plein de possibilités, c'est très dérangeant, moi je peux pas laisser partir cette personne. Alors, on pourrait appeler le médecin généraliste pour qu'il puisse en re-discuter avec son patient.

Des traitements où il faut s'adapter quand même à ce que veut le patient mais en même temps faire au mieux pour sa pathologie ?

Oui c'est vrai.

Bon, c'est très bien parce que vous avez anticipé la moitié de mes questions. Donc, c'est parfait. J'ai fait le tour de mes questions, donc si vous avez autre chose à ajouter ?

Ah bien super. Non, pas là comme ça.

Un grand merci en tout cas pour votre temps.

Après la fin de l'enregistrement, le Docteur S m'a fait remarquer aussi que la collaboration venait aussi dans les deux sens notamment dans l'annonce des décès. Bien évidemment, les oncologues ou cliniciens doivent avertir le plus vite possible le médecin traitant du décès de son patient mais cela fonctionne aussi dans les deux sens. Il y a souvent encore des médecins généralistes qui ne préviennent pas

Implication du médecin généraliste tout au long du parcours du patient oncologique

l'oncologue du décès de leur patient, surtout en soins palliatifs. Pourtant, le patient a créé un lien avec son oncologue tout au long de son parcours, il peut discuter de choses et d'autres et il le voit très souvent.