

UNIVERSITÉ TOULOUSE III-PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2017

2017 TOU3 1141

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Bénédicte RIBOT

Le 17 octobre 2017

Évaluer la prise en charge des plaies cancéreuses par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées, initialement prises en charge par le service de plaies et cicatrisation de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopôle

Directrice de thèse : Dr Nathalie BOUSSIÈRE

JURY :

Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT	Présidente
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES	Assesseur
Monsieur le Docteur Serge ANÉ	Assesseur
Madame le Docteur Nathalie BOUSSIÈRE	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUIFARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LAGOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRAD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Moloko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS :

A Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT, Présidente,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous remercie pour votre aide pendant la réalisation de ce travail et pour votre engagement au sein du DUMG.

A Monsieur le Professeur André STILLMUNKES, Monsieur le Docteur Serge ANÉ et Monsieur le Docteur Bruno CHICOULA, membres du jury,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au jury de cette thèse et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Je vous remercie également pour votre implication au sein du DUMG.

A Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER, directrice de thèse,

Je te remercie d'avoir accepté de travailler avec moi, il y a bien longtemps, de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour ta patience, ta disponibilité et tes conseils si précieux.

Au DUMG, pour son investissement à la formation des internes de Toulouse, et pour la qualité de son enseignement. Je suis ravie et fière d'avoir poursuivie ma formation dans cette belle région.

A mes parents, pour m'avoir permis de réaliser ces belles et longues études de médecine, de m'avoir soutenu tout au long de ce parcours qui n'était pas un long fleuve tranquille.

A toi mon loulou, d'être celui que tu es, près de moi depuis toutes ces années.

A Lenny pour avoir bouleversé nos vies,

A ma sœur, Amandine, je suis si fière de toi.

A ma famille, le rendez-vous annuel de la cousinade est immanquable pour moi malgré la distance.

A ma belle-famille, et plus particulièrement à mes beaux frères et leurs enfants, nos moments ensemble sont toujours aussi agréables.

A Valérie de s'occuper si bien de notre petit Lenny, et de m' avoir permis de réaliser plus sereinement cette thèse.

Aux belles rencontres pendant cette internat en Midi-Pyrénées : Elise, Claire, Cécile de Brest, et Jojo à Villefranche; Béné, Claudie, Aude, Arnaud, Camille, Pierre-Yves, Sophie à Toulouse, et Zoé à Montauban;

Aux fabuleuses équipes qui m'ont accueillie pendant mes stages hospitaliers à Villefranche de Rouergue, aux Urgences de Ranguel, à l' HAD de Montauban et à Saint Gaudens.

Aux maîtres de stages rencontrés pendant mes stages ou lors des AEP.

A Emmanuel, Henri et Elizabeth, médecins généralistes à Salies du Salat, de m'avoir si bien accueillie et accompagnée pendant mes premiers remplacements. C'est toujours avec beaucoup de plaisir que je travaille avec vous.

A mes amies de Poitiers, Marie et Lucile, je n'oublierais pas ces bons moments passés ensemble et surtout nos sous-colles qui nous permettaient de faire de la médecine en explorant nos compétences culinaires.

TABLE DES MATIERES :

ABREVIATIONS

INTRODUCTION.....	4
MATERIELS ET METHODES.....	8
1. Type d'étude.....	8
2. Population de l'étude.....	8
3. Période de recueil.....	8
4. Élaboration du questionnaire.....	8
4.1 Description du questionnaire.....	8
4.2 Validation et envoi du questionnaire.....	9
5. Recueil des données.....	9
RESULTATS.....	10
1. Population de l'étude.....	10
1.1 Participation et taux de réponse.....	10
1.2 Caractéristiques de la population.....	10
2. Prise en charge des plaies d'origine cancéreuse.....	11
2.1 Initiation de la prise en charge.....	11
2.2 Type de plaie d'origine cancéreuse.....	11
2.3 Prise en charge par les médecins généralistes, après la consultation initiale par l'équipe de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle.....	11
2.4 Information de la prise en charge au médecin généraliste.....	12
3. Retentissement sur les prises en charge ultérieures des médecins généralistes.....	13
4. Proposition d'amélioration des prises en charges des plaies d'origine cancéreuse par les médecins généralistes.....	14

5. Analyse des commentaires libres.....	15
DISCUSSION.....	16
1. Synthèse.....	16
2. Interprétation des résultats.....	16
3. Critique de l'étude.....	18
3.1 Biais et limites.....	18
3.2 Forces et intérêts de l'étude.....	19
4. Perspectives.....	19
CONCLUSION.....	21
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	23
ANNEXES.....	24

- Annexe 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

ABREVIATIONS

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

HAD : Hospitalisation à domicile

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmier diplômé d'état

IPP : Identifiant permanent du patient

IUCT : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse

MG : Médecin généraliste

INTRODUCTION

Le cancer est la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme, après les maladies cardio-vasculaires. Il est responsable de 150 000 décès en 2015 [1]. C'est une des priorités nationales avec l'élaboration d'un troisième plan cancer (2014-2019), présenté en février 2014 par le Président de la République [2].

Entre 5 à 10% des patients ayant un cancer vont développer une plaie d'origine cancéreuse [3]. En effet, en 1990, une étude rétrospective incluant 7316 patients ayant un cancer, a été menée, sur une période de 10 ans, dans un centre médical de Pennsylvanie. Parmi les 7316 patients, 367 ont présenté des lésions cutanées correspondant à 5% de l'ensemble des patients, ce taux augmente à 9,6% chez les patients présentant un cancer métastasé [4].

Il existe quatre grands types de plaies cancéreuses :

- les tumeurs primitives ulcérées à la peau
- les plaies secondaires à une tumeur récidivante comme les métastases cutanées ou les nodules de perméation
- les plaies secondaires aux traitements anti-cancéreux (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, ...)
- et enfin, les lésions cancéreuses sur plaie chronique comme l'ulcère de Marjolin. [5]

Le rôle du médecin généraliste (MG) est important dans cette prise en charge. En effet, il a un rôle pivot dans la médecine de premier recours et la coordination avec les autres spécialistes [6].

Par ailleurs, le deuxième plan cancer de 2009-2013 avait pour objectifs notamment de renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge et préconisait de renforcer la coordination entre équipe hospitalière et intervenants de ville. Afin de poursuivre l'action menée, un troisième plan cancer de 2014-2019, a été établi avec 17 objectifs principaux. Parmi ces objectifs, plusieurs sollicitent le médecin traitant/généraliste :

- L'objectif 1 est de « favoriser des diagnostics plus précoces » par le dépistage. Un programme national de dépistage du cancer du col utérin est proposé, par la réalisation d'un frottis du col de l'utérus, impliquant de renforcer le rôle du médecin traitant dans l'initiation, la réalisation et le suivi. De plus, l'implication du médecin traitant est également sollicitée afin d'augmenter la couverture vaccinale par le vaccin anti-papillomavirus à 60%. Concernant les dépistages organisés (cancer du sein et colorectal), le taux de participation national n'étant pas satisfaisant (52,7% contre un objectif de 65% en 2013), les médecins traitants ont pour mission de proposer à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque.
- L'objectif 2 est de « garantir la qualité et la sécurité des délais » en proposant notamment de réduire les délais entraînant des pertes de chance et en améliorant la coordination ville-hôpital. Afin de réduire les délais de prise en charge spécialisés, le plan cancer propose d'aider le médecin généraliste à adresser rapidement leurs patients vers une équipe de cancérologie, en mettant à sa disposition un numéro de téléphone dédié pour chaque service hospitalier autorisé pour le traitement du cancer et pour chaque structure de coordination. De plus, le plan cancer souhaite sensibiliser davantage les médecins généralistes aux circonstances de découverte des cancers en leur donnant des recommandations pour une orientation rapide vers des centres spécialisés. Le plan cancer 2014-2019 a également pour objectif d'améliorer la coordination ville-hôpital, en améliorant le partage et l'échange sécurisé des informations en professionnels (messagerie sécurisée, dossier communicant de cancérologie, dossier médical personnel). « Les échanges d'information formalisés lors des moments clés du parcours doivent plus largement inclure les professionnels de premiers recours dans toutes leurs composantes, afin de favoriser leur coordination et accroître leur réactivité ».
- L'objectif 11 est de « donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer ». Le plan insiste sur le rôle de repérage des facteurs de risque de cancer évitable (alcool, hépatite virale) et sensibiliser à l'importance d'une bonne hygiène de vie (choix alimentaire, activité physique). La prise en charge du risque lié au tabagisme est détaillée dans l'objectif 10.
- L'objectif 12 est de « prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement ». Le plan souhaite renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de

cancer professionnels en sensibilisant les médecins traitants « aux enjeux et aux risques liés aux expositions professionnelles » et en renforçant les relations avec les médecins du travail.

Le troisième plan cancer de 2014-2019 a donc pour objectifs nécessitant la participation du MG, en plus de continuer de développer la coordination hôpital-ville, de sensibiliser le médecin généraliste sur l'intérêt de son action dans le dépistage et dans le repérage des facteurs de risque, de l'aider dans la prise en charge initiale en réduisant les délais de prise en charge vers les équipes spécialisées.[2]

OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer la participation des médecins généralistes dans la prise en charge des plaies d'origine cancéreuse, initialement prise en charge par le service de plaies et cicatrisation de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (IUCT)-Oncopôle.

L'objectif secondaire est d'évaluer, pour les médecins ne participant pas à cette prise en charge, si celle réalisée par le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle de Toulouse, influencera leurs pratiques ultérieures.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Cette étude est descriptive et transversale.

2. Population de l'étude

Il s'agit des médecins généralistes des patients présentant une plaie d'origine cancéreuse, pris en charge par le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle.

3. Période de recueil

Avec l'aide de la cadre de santé et de l'infirmière spécialisée du service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle, une liste des Identifiants Permanents des Patients (IPP), des patients vus en consultation du 01/01/2015 au 30/11/2015 a été établie, afin de récupérer par le biais du dossier administratif, le nom et les coordonnées de leur médecin traitant. Les patients décédés au moment du recueil des données n'ont pas été inclus.

4. Élaboration du questionnaire

4.1 Description du questionnaire

Le questionnaire est disponible en intégralité en Annexe 1.

La première partie du questionnaire est composée de questions fermées et concerne la description du MG : sexe, tranche d'âge, lieu d'exercice, mode d'exercice, statut de maître de stage, l'existence d'un diplôme universitaire en plaie et cicatrisation.

La seconde partie concerne la description de la plaie et de sa prise en charge. Elle comporte 7 questions et permet ainsi, de définir :

- le médecin à l'initiative de la prise en charge
- la participation du médecin généraliste dans cette prise en charge, avec une sous question complémentaire en cas d'affirmation ou de négation,
- de préciser si les médecins généralistes ont eu une information concernant la prise en charge spécifique de leur patient de la part du service de plaies et cicatrisation.

Cette partie permet également, par l'intermédiaire de questions fermées mixtes et ouvertes, de déterminer si cette prise en charge initiale spécialisée aura un retentissement sur les prises en charge ultérieures pour les médecins généralistes, et de recueillir auprès d'eux, des propositions d'amélioration pour ce type de prise en charge.

Enfin, un paragraphe pour des commentaires libres conclut ce questionnaire, permettant au médecin généraliste de s'exprimer librement sur le sujet.

4.2 Validation et envoi du questionnaire

Le questionnaire a été testé auprès de trois MG. Il a aussi été relu par la cadre de santé et l'infirmière spécialisée du service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle.

Le questionnaire a été ensuite envoyé par voie postale à tous les médecins des patients pris en charge par le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle. Chaque questionnaire concernait un patient vu en consultation, il y avait autant de MG que de patient. Le questionnaire était accompagné d'un courrier d'information et d'une enveloppe pré-affranchie avec les coordonnées du médecin en expéditeur, afin de pouvoir relancer ceux n'ayant pas répondu.

5. Recueil des données

Un second questionnaire a été envoyé aux médecins n'ayant pas répondu, précédé d'un contact téléphonique afin de les en informer.

Pour ceux n'ayant pas renvoyé le questionnaire, les réponses ont été récupérées au décours d'un contact par téléphone. Les questions ont été posées en respectant strictement l'énoncé défini par le questionnaire, et les réponses ont été retranscrites instantanément afin de rester fidèle aux propos tenus.

RESULTATS

1. Population de l'étude

1.1 Participation et taux de réponse :

Treize réponses par voie postale ont été renvoyées (12 suite au premier envoi et 1 suite à la relance).

Cinq réponses ont été obtenues lors d'un entretien téléphonique.

Pour 2 questionnaires, nous n'avons pas eu de réponse.

Ce qui correspond à un taux de réponse de 18/20 soit 90%.

1.2 Caractéristique de la population (tableau 1) :

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude.

Caractéristiques	Nombre (%)
<u>Sexe :</u>	
Homme	12 (66,6%)
Femme	6 (33,3%)
<u>Age :</u>	
< 30 ans	0 (0%)
30-50ans	5 (28%)
>50 ans	13 (72%)
<u>Activité professionnelle :</u>	
Zone rurale	4 (22.2%)
Zone semi-rurale	8 (44.4%)
Zone urbaine	6 (33.3%)
<u>Mode d'exercice :</u>	
Seul	6 (33,3%)
Cabinet de groupe ou Maison de santé pluri professionnelle	12 (66,6%)
<u>Activité universitaire :</u>	
Maître de stage Universitaire	3 (17%)
DIU plaies et cicatrisation	0 (0%)

2. Prise en charge des plaies d'origine cancéreuse

2.1 Initiative de prise en charge par le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle

Quatre MG (22,2%) sont à l'initiative de la prise en charge.

Les autres médecins à l'initiative de la prise en charge sont oncologues pour 8 cas, les médecins de l'hospitalisation à domicile pour 2 cas, le radiothérapeute pour 1 cas.

Dans 3 cas, le médecin généraliste ne sait pas qui est à l'initiative de la prise en charge.

2.2 Type de plaie d'origine cancéreuse

Huit plaies sont des tumeurs primitives (42,1%), 8 sont des plaies secondaires à une tumeur récidivante (42,1%), 1 plaie est secondaire à un traitement (5,3%), aucune lésion secondaire à une plaie chronique et 2 plaies ont une origine non connue par le MG (10,5%).

Un patient étant porteur de 2 plaies différentes (plaie sur tumeur primitive et plaie secondaire à un traitement), le total des réponses est de 19 pour 18 questionnaires renvoyés.

2.3 Prise en charge par les MG, après la consultation initiale de l'équipe de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle

Douze MG, soit 2/3 de notre population, déclarent ne pas intervenir dans la prise en charge de la plaie d'origine cancéreuse, après la consultation initiale faite par l'équipe de plaies et cicatrisation, contre 6 déclarant y participer.

Les médecins généralistes ne participant pas :

Cette absence d'intervention est justifiée par plusieurs arguments :

- pour 10 MG, le suivi est organisé par le spécialiste de l'IUCT ;
- pour 3 MG, il s'agit d'une préférence du patient d'être suivi par l'IUCT ;
- pour 2 MG, le patient n'a pas été revu pendant la prise en charge ;

- un MG déclare manquer de connaissance ou de formation pour ce type de prise en charge
- un autre déclare manquer de temps pour ce type de prise en charge.

Les médecins généralistes participant :

Six MG interviennent dans la prise en charge, en partenariat avec la prise en charge spécialisée.

- Fréquence d'intervention :

Quatre interviennent à la demande des infirmiers libéraux ou du patient et 2 interviennent régulièrement à une fréquence définie.

- Adaptation du protocole de soins :

Deux MG déclarent évaluer la plaie et réorienter vers le spécialiste en cas de nécessité d'adapter le protocole de soins.

Deux autres déclarent évaluer la plaie et adapter eux-mêmes le protocole de soins

Deux MG ne se sont pas prononcés.

2.4 Information de la prise en charge au médecin généraliste

Dix MG déclarent n'avoir jamais été informés de la prise en charge par l'équipe de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle.

Les 8 autres MG ont été informés de la prise en charge. 5 médecins ont été informés en début de prise en charge, 2 en cours de prise en charge et 1 de façon « informelle ».

Le délai d'information, suite à la première consultation est variable. Le médecin a été informé moins de 2 semaines après la première consultation dans 2 cas, moins d'un mois dans 3 cas et plus d'un mois dans 3 cas.

Parmi les 4 MG à l'initiative de la prise en charge par l'équipe de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle, 2 n'ont jamais eu de courrier d'information concernant la prise en charge de leur patient ; les 2 autres ont été informés moins d'un mois après la consultation spécialisée.

3. Retentissement sur les prises en charge ultérieures des médecins généralistes

Onze MG déclarent que la prise en charge des plaies cancéreuses initialement faite par le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle ne modifiera pas leur pratique ultérieure. Deux MG pensent que cela va modifier leur prise en charge ultérieure. Cinq MG ne s'expriment pas.

3.1 MG ne participant pas à la prise en charge des plaies cancéreuses

Parmi les 12 MG ne participant pas à la prise en charge des plaies cancéreuses de leur patient, 8 ne modifieront pas leur prise en charge ultérieures et 4 ne s'expriment pas.

Les arguments cités par les MG pour ne pas modifier leur pratique ultérieure sont les suivants :

- les difficultés de prise en charge, « *impasse thérapeutique* » pour ce type de plaie pour 3 MG.
- l'absence d'information concernant la prise en charge de leur patient par le service de plaie et cicatrisations pour 2 MG
- le choix d'une prise en charge spécialisée pour 1 MG
- un manque de connaissance pour ce type de plaie pour 1 MG
- un MG n'argumente pas son choix

3.2 MG participant à la prise en charge des plaies cancéreuses

Parmi les 6 MG participant à la prise en charge des plaies cancéreuses de leur patient, 3 MG ne modifieront pas leur prise en charge ultérieure, 2 MG la modifieront et 1 MG ne se prononce pas.

Les arguments justifiant l'absence de modification de prise en charge sont les suivants :

- une difficulté de prise en charge pour 1 MG
- le choix d'une prise en charge spécialisé pour 1 MG.
- le troisième MG n'argumente pas son choix.

Les arguments justifiant une modification des prises en charge ultérieure par les

MG sont :

- augmenter les contacts ville-hôpital / MG-spécialiste : « *Penser à les appeler plus rapidement, on peut les joindre facilement, ils sont disponibles et à l'écoute* ».
- améliorer le délai de prise en charge spécialisé : « *la connaissance d'un service spécialisé à l'Oncopôle permettra d'adresser plus rapidement les patients* ». Ce médecin n'avait pas eu d'information de la prise en charge par le service pour son patient et n'avait pas connaissance de ce service avant de participer à notre enquête.

4. Proposition d'amélioration des prises en charges des plaies d'origine cancéreuse, par les médecins généralistes.

Onze MG ne proposent pas d'amélioration pour la prise en charge des plaies d'origine cancéreuse.

Cinq MG proposent d'améliorer ce type de prise en charge en améliorant la communication entre le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle, notamment par l'envoi d'un courrier d'information de prise en charge par le service de plaies et cicatrisation au médecin généraliste ou par la mise à disposition d'un numéro direct.

Un MG précise que « *la meilleure prise en charge se fait par l'EQUIPE de soins : oncologue, médecin généraliste, IDE, HAD, à condition que les informations circulent vite et bien entre les acteurs* ».

Un autre MG précise qu'il faut « *améliorer la communication entre spécialiste et médecin généraliste* ». Cette idée est également souhaitée par un autre MG qui souhaite de « *meilleurs échanges avec un envoi systématique des compte-rendus de consultation* ». Deux autres MG souhaitent « *recevoir au moins un courrier [...]* ».

Un MG propose la mise à disposition d'un numéro direct pour la prise de rendez-vous, permettant ainsi d'avoir un « *circuit direct* ».

Un MG propose d'améliorer ce type de prise en charge en ayant une meilleure connaissance des prises en charge des plaies cancéreuses.

5. Analyse des commentaires libres

Un MG regrette « *l'absence de concertations avec les spécialistes* » et d'avoir été « *écarté des soins de suivi* ».

Un MG insiste sur l' « absence d'information, « pas de communication ... »

Trois MG ne participent pas à la prise en charge car le patient n'a pas été revu à leur consultation : « *non revu en consultation depuis la prise en charge* », « *patient non revu en consultation* » et « *patient décédé pendant l'hospitalisation* ».

DISCUSSION

1. Synthèse

Notre étude révèle que 12 MG, soit 2/3 de notre population, déclarent ne pas intervenir dans la prise en charge de la plaie d'origine cancéreuse, après la consultation initiale faite par l'équipe de plaies et cicatrisation, contre 6 déclarant y participer. Quatre MG (22,22%) sont à l'initiative de la prise en charge d'une plaie d'origine cancéreuse par le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle.

2. Interprétations des résultats

Avec cette étude, nous avons voulu évaluer la prise en charge des plaies d'origine cancéreuse par les MG de Midi-Pyrénées. Les patients pris en charge à l'IUCT, par le service de plaies et cicatrisation, ont été listés afin d'interroger leur médecin traitant. Avec l'apparition du statut de médecin traitant en 2004, le MG joue un rôle central, il est responsable de la coordination des soins pour le suivi médical.[7] Ce rôle a été renforcé avec la loi hôpital patient santé territoire (HPST), en positionnant le MG comme le médecin de « premier recours ».[8] Les différents plans cancer ont donné de plus en plus d'importance au MG dans la prise en charge des cancers en France, notamment avec les objectifs de développer la coordination ville-hôpital, d'aider le MG dans la prise en charge initiale en réduisant les délais de prise en charge vers les équipes spécialisées et de l'inclure à tous les temps de la prise en charge. C'est pour cela et malgré la faible fréquence des plaies d'origine cancéreuse, que nous avons voulu évaluer si les MG participaient à la prise en charge des plaies d'origine cancéreuse à tous les temps de la prise en charge et nous avons voulu évaluer les retours d'information du service spécialisé vers les MG.

Les MG sont peu souvent à l'initiative de la prise en charge des plaies cancéreuses par le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle selon notre étude. Cela peut être expliqué par plusieurs facteurs. D'une part, avec la méconnaissance d'une prise en charge spécialisée en plaie et cicatrisation à l'IUCT et par l'absence de numéro direct pour la prise de rendez-vous de consultation. En effet, en consultant l'annuaire de l'IUCT, je n'ai pas retrouvé d'intitulé dédié à la prise en charge des plaies cancéreuses. [9] D'autre part, cela peut également être expliqué par une prise en charge intra-hospitalière, avec un avis spécialisé demandé pendant une hospitalisation ou, à la suite d'une consultation spécialisée par un oncologue, un radiothérapeute etc... ; mais également, lorsque le patient n'est plus

suité par son médecin traitant pendant sa pathologie, comme cela a été montré dans nos résultats.

La majorité des MG de notre étude ne participe pas à la prise en charge des patients ayant une plaie cancéreuse, initialement pris en charge par le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle. Notre étude a mis en avant les différentes difficultés de prise en charge pour ce type de plaie pour les MG.

De par les caractéristiques propres de la plaie cancéreuse (mauvaise odeur, saignement...) avec des objectifs de cicatrisation bien différents des autres plaies [10]. L'objectif des soins locaux n'est pas d'atteindre la cicatrisation, dépendant du traitement anti cancéreux, mais d'améliorer la qualité de vie en prenant en compte l'aspect physique et le retentissement psychologique. [10,11] Ce qui peut rendre difficile la prise en charge par le médecin généraliste, pouvant l'amener à se sentir impuissant voire inutile dans ce type de prise en charge et avoir le sentiment d'être dans une impasse thérapeutique, comme on le retrouve dans notre étude. Les plaies d'origine cancéreuse secondaire à un traitement anti cancéreux sont également difficiles à prendre en charge pour les MG, comme le souligne PRAT. L dans son travail de thèse en 2016. Lors de ce travail, la création, puis la mise à disposition au MG d'un tutoriel, présentant les principales conduites à tenir des effets indésirables cutanéomuqueux à différents stades a été un outil diagnostique et thérapeutique pour les MG.[12]

Notre étude a également révélé des carences d'information envers les MG. Or pour leurs permettre de réaliser leurs différentes missions de « médecin généraliste de premier recours » détaillé dans la loi HPST et inscrite au Code de la Santé Public[8], l'information entre les différents acteurs de santé est indispensable.

Le Code de déontologie médicale précise dans l'article 60 (ou art R4127-60 du Code de la Santé Publique), que « le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent [...] A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient. » et dans l'article 64 que « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ». [13]

Notre étude montre que les MG sont demandeurs d'information et ne souhaitent pas se sentir exclu du parcours de soins. Il est nécessaire d'améliorer la communication entre MG et spécialiste pour améliorer la prise en charge globale du patient et le mettre au centre

de la prise en charge avec le MG. Dans son travail de thèse, GIRAUD.S a évalué le retour d'informations des spécialistes vers les généralistes de Hautes-Pyrénées et a ainsi mis en évidence que certaines spécialités communiquent très peu avec les MG contrairement à d'autres qui le font systématiquement. Notre étude a également montré que le compte-rendu des consultations de plaies et cicatrisation n'étaient pas systématique et relativement peu fréquent [14]. Contrairement à notre étude, DUFOSSE.V a mis en évidence dans son travail de thèse, un niveau d'information quantitatif satisfaisant mais insuffisant au niveau qualitatif avec des contenu parfois inadapté, trop spécifique. 93% des MG déclaraient avoir reçu une information sur le traitement mis en œuvre chez le patient. Elle propose la mise en place d'un courrier standard, écrit de façon systématique et rapide afin d'améliorer la transmission de l'information [15]. De plus, dans son travail de thèse, FABRE.L a mis en évidence que suite à une consultation spécialisée les MG préféreraient recevoir les conclusions majoritairement par mail (52,07%) ou par courrier simple (34,71%) [16]. Cette proposition de V. DUFOSSE pourrait donc être suggérée dans cette situation, ainsi après une consultation spécialisée de plaies et cicatrisation, un courrier succinct mais avec les informations nécessaires au suivi pourrait être transmis au MG de façon systématique. D'autres études montrent également des retours d'information vers le MG satisfaisant en terme de quantité mais pas qualitativement. [17]. Contrairement à une autre étude réalisée en Champagne-Ardenne, s'intéressant à la place du MG dans le traitement du cancer, les MG de notre étude ne sont pas demandeurs de formation spécifique à la prise en charge des plaies cancéreuses. [18]

3. Critique de l'étude

3.1 Biais et limites de l'étude

Le faible effectif de 18 engendre un manque de puissance à l'étude, pouvant être amélioré en augmentant la période de recrutement et/ou en réalisant une étude multicentriques dans plusieurs services de plaies et cicatrisation de la région Midi-Pyrénées.

Notre étude comporte différents biais :

- Biais de sélection : En effet, nous avons volontairement sélectionné les médecins généralistes des patients présentant une plaie d'origine cancéreuse, pris en charge par le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle, afin d'avoir un taux de participation satisfaisant compte tenu de la faible fréquence de ce type de pathologie en médecine générale. On peut supposer

que les plaies d'origine cancéreuse les plus avancées sont plus fréquemment prises en charge dans ce service, pouvant ainsi constituer un biais de sélection pour notre étude.

- Biais de réponse : Notre étude étant déclarative, les résultats ont été établis selon les différentes réponses au questionnaire, et dépendent donc de la sincérité de ces réponses.

Cette étude a été réalisée selon une méthode quantitative afin de répondre à l'objectif principal. Toutefois, nous nous sommes inspirés de la méthode qualitative pour analyser les réponses aux questions ouvertes et mixtes, ainsi que les commentaires libres.

3.2 Forces et intérêts de l'étude

Le taux de participation de 90% est très satisfaisant, pouvant être expliqué par un questionnaire court avec une majorité de questions fermées ainsi que par une relance téléphonique. Cela apporte une puissance à l'étude.

La population de l'étude est plutôt représentative de la répartition des médecins généralistes libéraux exerçant dans la région Midi-Pyrénées, selon les critères de l'âge et du sexe. En effet, notre population comprend 66% d'hommes contre 63% selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Concernant l'âge, 72% de notre population a plus de 50 ans contre 68,6% selon le CNOM en 2015. [19]

4. Perspectives

Malgré les 3 plans cancer successifs renforçant le rôle et l'importance du MG dans la prise en charge des patients atteints de cancer, notre étude met en évidence différents points à améliorer pour optimiser la prise en charge des plaies d'origine cancéreuse, initialement prise en charge par l'IUCT.

D'une part, il semble nécessaire d'améliorer la visibilité, la connaissance d'un service spécialisé dans ce type de prise en charge à l'IUCT-Oncopôle, avec la mise à disposition d'un numéro direct. Ce qui permettrait la prise en charge de ce type de plaie à un stade plus précoce, ce qui est un des objectifs du 3eme plan cancer.

D'autre part, notre étude révèle la nécessité d'améliorer la coordination ville-hôpital, notamment en améliorant la communication entre les différents acteurs de santé. De gros efforts sont à fournir pour optimiser les retours d'information au MG, et ainsi lui permettre

d'assurer la coordination des soins et le suivi du patient à tous les temps de la prise en charge, comme l'envisage le 2^{ème} puis, le 3^{ème} plan cancer dans leurs objectifs. La condition indispensable pour s'impliquer efficacement dans le suivi est pour les MG de disposer des informations pertinentes [20]. Son rôle de pivot dans le parcours de soins du patient est essentiel à une prise en charge optimale du patient. Comme le propose DUFFOSE.V dans son travail de thèse, un courrier succinct, standardisé et systématique pourrait être adressé, au décours de la consultation spécialisée, au MG.

Enfin, les MG ne sont pas demandeurs d'une formation pour la prise en charge des plaies d'origine cancéreuses. Cela ne semble en effet, pas justifier du fait de la faible fréquence de ce type de plaie.

Pour finir, il serait intéressant de connaître le ressenti des IDE libéraux pour ce type de prise en charge, afin de connaître leurs éventuelles difficultés et leurs propositions d'amélioration de prise en charge. Le point de vue des patients pourrait également être intéressant afin de connaître leur niveau de satisfaction dans ce type de prise en charge. Et enfin, la connaissance du point de vue de l'équipe de plaies et cicatrisation sur la place du MG dans ce type de PEC pourrait compléter ce travail, avec pour objectif commun d'améliorer la communication entre les professionnels de santé pour une meilleure prise en charge du patient.

CONCLUSION

Le cancer est la première cause de décès chez l'homme et la seconde chez la femme en France. Face à ce constat, un troisième plan cancer (2014-2019) a été établi. 5 à 10% des patients ayant un cancer vont développer une plaie d'origine cancéreuse pouvant être : une tumeur primitive ulcérée à la peau, une plaie secondaire à une tumeur récidivante, ou une plaie secondaire à des traitements anti cancéreux. Une plaie cancéreuse peut également se développer sur une plaie chronique sans contexte de néoplasie initiale.

Le médecin généraliste a un rôle central, de pivot dans ce type de prise, depuis l'apparition du statut de médecin traitant en 2004. Il est ensuite devenu le « médecin de premier recours » avec la loi HPST en 2009. Son rôle a également été renforcé avec les différents plans cancer afin de faciliter la prise en charge initiale en réduisant les délais de prise en charge spécialisée, de développer la coordination ville-hôpital, et en l'incluant à tous les temps de la prise en charge. C'est pour cela, et malgré la faible fréquence des plaies d'origine cancéreuse que nous avons voulu évaluer la prise en charge de ce type de plaie par les MG de Midi-Pyrénées à tous les temps de la prise en charge, les retours d'information du service spécialisée vers les MG mais également de connaître l'influence de la prise en charge spécialisée sur leurs pratiques ultérieures.

Notre étude a révélé que peu de MG participaient à la prise en charge des plaies d'origine cancéreuse que ce soit au temps initial ou au cours du suivi. En effet, seul 22,2% déclarent être à l'initiative de la prise en charge par le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopole et 33,3% déclarent participer à la prise en charge après la consultation initiale spécialisée. Notre étude a mis en avant différentes difficultés ressentis par les MG pour ce type de prise en charge, les incitant à ne pas modifier leurs prises en charge ultérieures. Tout d'abord, les MG décrivent un sentiment d'impuissance, d'être dans une impasse thérapeutique, face à ce type plaie, aux caractéristiques bien particulières, mais aussi, par l'absence de connaissance d'un service spécialisé en plaies et cicatrisation à l'IUCT-Oncopôle. Ensuite, ils rapportent des carences d'informations suite aux consultations spécialisées. En effet, 55,6% des MG n'ont jamais reçu de courrier d'information concernant la prise en charge de leur patient. Or, la condition indispensable pour s'impliquer efficacement dans le suivi pour les MG est bien de disposer des informations nécessaires.

Malgré les 3 plans cancer successifs renforçant le rôle et l'importance du MG dans la prise en charge des patients atteints de cancer, la prise en charge des plaies cancéreuses n'est donc pas optimale et peut être améliorée. En effet, notre étude a soulevé différentes pistes pour améliorer cette prise en charge par les MG de Midi-Pyrénées : améliorer la connaissance d'un service spécialisé en plaies et cicatrisation à l'IUCT-Oncopole des MG avec la mise à disposition d'un numéro direct, améliorer la coordination ville-hôpital en systématisant les retours d'information au MG ; Ces améliorations permettraient ainsi aux MG d'assurer la coordination des soins , le suivi du patient à tous les temps de la prise en charge et de l'aider dans la prise en charge initiale en réduisant les délais de prise en charge vers une équipe spécialisée, comme le prévoyait le plan cancer 2 et l'envisage le plan cancer 3.

Des études « en miroir » pourraient compléter ce travail, par exemple, en prenant connaissance du point de vue de l'équipe de plaies et cicatrisation sur la place du MG dans ce type de prise en charge afin d'améliorer la communication entre les différents professionnels de santé dans l'objectif d' améliorer la prise en charge du patient.

Professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT
1, avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE
N° ADELI : 31 1 11793 1
N° RPPS : 10100079234

Toulouse, le 26/09/2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elie SERRANO

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- [1] Institut national du cancer. Les données du cancer : incidence et mortalité nationale. Institut national du cancer. [cité le 18/05/17] Disponible sur internet : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/Incidence-mortalite-nationale>
- [2] http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2014/07/2014-02-03_plan_cancer.pdf [cité le 18/05/17] Disponible sur internet : <http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-cancer>
- [3] S.Meaume,I.Fromantin,L.Teot. Neoplastic Wounds and degenerescence. Journal of tissue viability (2013) 22, 122-130
- [4] DP.Lookingbill, N.Spangler, KF.Helm, Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. J Am Dermatol 1990 ; 22, 19-26
- [5] Recommandations pour les soins des plaies tumorales [cité le 18/05/17] Disponible sur internet : <http://www.hug-ge.ch/procedures-de-soins/recommandations-pour-les-soins-de-plaies-tumorales#definition>
- [6] Le dispositif du médecin traitant [cité le 18/05/17] Disponible sur internet : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-dispositif-du-medecin-traitant.php>
- [7] Code de la sécurité sociale-Article L162-5-3 Code de la sécurité sociale
- [8] Code de la santé public-Article L4130-1. Code de la santé public.
- [9] Annuaire médicale de l'IUCT Oncopôle. Juin 2017. Consulté le 5 septembre 2017.
- [10] Fromantin I. Plaies cancéreuses. Prise en charge infirmières. Journal des plaies et cicatrisation. 2000, n°25, pp15-17.
- [11] O'Brien C. Canadian family physician. Le médecin de famille canadien. Vol 58, Mars 2012, pp141-143.
- [12] PRAT.L. Évaluation d'un tutoriel d'aide à la prise en charge des effets indésirables cutanéomuqueux induits par des chimiothérapies anti cancéreuses en médecine générale. [Thèse d'exercice de médecine générale] Toulouse. 2016
- [13] Code de la déontologie médicale. Edition avril 2017. www.conseil-national.medecin.fr

- [14] GIRAUD.S. Le retour d'informations des spécialistes vers les généralistes en Hautes-Pyrénées. [Thèse d'exercice de médecine générale.]Toulouse. 2015
- [15] DUFFOSE.V. Évaluation de la transmission de l'information à destination du médecin généraliste impliqué dans la prise en charge de patients traités pour un mélanome métastatique. [Thèse d'exercice de médecine générale] Toulouse. 2014
- [16] FABRE.L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées ? [Thèse d'exercice de médecine générale.]Toulouse. 2014
- [17] Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Med.* 2009 Mai;38(10):1404-9.
- [18] Tardieu, É., Thiry-Bour, C., Devaux, C., Ciocan, D., de Carvalho, V., Grand, M., ... & Jovenin, N. (2012). Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. *Bulletin du Cancer*, 99(5), 557-562.
- [19] Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2015. CNOM. Gwénaelle LE BRETON-LEROUVILLOIS
- [20] Bungener, M., Demagny, L., Holtedahl, K. A., & Letourmy, A. (2009). La prise en charge du cancer: quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée? *Pratiques et organisation des soins*, 40(3), 191-196.

ANNEXES

Annexe 1 :

Questionnaire afin d'évaluer la prise en charge des plaies chroniques tumorales par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées, initialement prises en charge par l'équipe de plaies et cicatrisation de l'IUCT Oncopôle Toulouse.

1^{ère} partie :

- **Vous êtes :** une femme ; un homme ?
- **Vous avez :** < 30 ans 30-50 ans > 50 ans ?
- **Vous exercez en zone :** rurale ; semi-rurale ; urbaine ?
- **Vous exercez :** seul ; en cabinet de groupe ou maison de santé pluriprofessionnelle
- **Etes-vous maître de stage ?** Oui Non
- **Avez-vous le DU plaies et cicatrisations ?** Oui Non

2^{ème} partie :

Un de vos patients a été pris en charge pour une plaie d'origine cancéreuse par l'équipe de plaies et cicatrisation de l'IUCT Oncopôle.

Est-ce que vous êtes à l'initiative de cette prise en charge?

- Oui
- Non --> **Qui en a fait la demande ?**
 - Oncologue
 - Radiothérapeute
 - Chirurgien
 - Médecin spécialisé en plaie et cicatrisations
 - Ne sait pas
 - Autre (précisez) :

De quel type de plaie d'origine cancéreuse s'agissait-il ?

- Tumeur primitive ulcérée à la peau.
- Plaie secondaire à une tumeur récidivante (métastases cutanées, nodule de perméation...).
- Plaie secondaire à un traitement anticancéreux (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie).
- Lésions cancéreuses sur plaie chronique (ulcère de Marjolin).
- Ne sait pas.

Après la consultation initiale faite par l'équipe de plaies et cicatrisation de l'IUCT, participez-vous à la prise en charge de cette plaie d'origine cancéreuse?

- Non, je n'interviens pas, je laisse entièrement la prise en charge au spécialiste.
--> **Pourquoi ?**
 - Préférence du patient d'être suivi par l'IUCT.
 - Manque de temps de la part du médecin généraliste pour ce type de prise en charge.
 - Manque de connaissance ou de formation pour ce type de prise en charge.
 - Suivi organisé par le spécialiste de l'IUCT.
 - Autres (précisez) :

Oui, j'interviens dans la prise en charge

--> **De quelle façon participez-vous à la prise en charge?**

a)

Réévaluation régulière à une fréquence définie.

Réévaluation à la demande des IDE ou du patient.

b)

Évaluation de la plaie et réorientation vers le spécialiste en cas de nécessité d'adapter le protocole de soins.

Évaluation de la plaie et adaptation du protocole de soin par le médecin généraliste.

Avez-vous été informé de la prise en charge de votre patient par l'équipe de plaies et cicatrisation de l'IUCT ?

En début de prise en charge.

En cours de prise en charge.

En fin de prise en charge.

A tous les temps de la prise en charge.

Jamais.

Sous quel délai après la première consultation, avez-vous été informé de la prise en charge par l'équipe de plaies et cicatrisation de l'IUCT ?

Moins de 2 semaines

Moins d'un mois

Plus d'un mois

Aucune information

Après avoir observé la prise en charge proposée par l'équipe de l'IUCT, pensez-vous que cela va modifier votre prise en charge d'une plaie d'origine cancéreuse pour un autre patient ?

Oui

-->Comment ?

Non

--> Pourquoi ?

Quels seraient vos propositions pour améliorer ce type de prise en charge ?

Commentaires libres

Évaluer la prise en charge des plaies cancéreuses par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées, initialement prises en charge par le service de plaies et cicatrisation de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (IUCT)-Oncopôle.

Contexte : Le cancer est la première cause de mortalité chez l'homme en France dont 5-10% vont évoluer en plaie. **Objectif :** Évaluer la participation des médecins généralistes (MG) dans la prise en charge des plaies cancéreuses, initialement prise en charge par le service de plaies et cicatrisation de l'IUCT-Oncopôle. **Matériel et méthodes :** Étude descriptive et transversale interrogeant les MG des patients vus en consultation pour une plaie cancéreuse du 01/01/15 au 30/11/15 à l'IUCT-Oncopôle, à l'aide un questionnaire, adressé par voie postale. **Résultats :** Le taux de réponse est de 90%. 22,2% des MG sont à l'initiative de la prise en charge spécialisée et 33,3% déclarent y participer. **Conclusion :** Pour améliorer la prise en charge du patient par le MG, il est nécessaire d'améliorer la connaissance d'un service spécialisé ainsi que la coordination ville-hôpital en mettant à sa disposition les informations nécessaires au suivi.

Mots clés : médecin généraliste – plaie cancéreuse- réseaux ville-hôpital – soins primaires – Communication inter professionnelle

To evaluate the management of malignant wounds by general practitioners of Midi-Pyrénées, initially managed by the service of wounds and healing of the University Institute of the Cancer of Toulouse (IUCT).

Background: Cancer is the first cause of death in humans in France, 5-10% of which will become a malignant wound. **Objective:** To evaluate the participation of general practitioners (GP) in the management of malignant wounds. **Material and methods:** A cross sectional and descriptive study questioning the GPs of patients, seen in consultation for a malignant wound from 1/1/15 to 30/11/15 at the IUCT, using a questionnaire sent by post. **Results:** The response rate is 90%. 22.2% of the MG are for the initiative of the specialized management and 33.3% declare to participate in it. **Conclusion:** To improve the management of the patient by the GPs, it is necessary to improve the knowledge of a specialized service, as well as city-hospital coordination by making available necessary information for follow-up.

Keywords: general practitioners – malignant wound - town-hospital networks - primary care – Interprofessionnal communication

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de médecine Rangueil 133 route de Narbonne 31062 Toulouse cedex 4

Directrice de thèse : Dr Nathalie BOUSSIER