# Université de Poitiers
# Faculté de Médecine et Pharmacie

**ANNEE 2017** **Thèse n°**

## THESE
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**
**(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 15 Juin 2017 à Poitiers
par Monsieur Jean Jacques PINAUD

Rôle de la Médecine Générale dans la prise en charge de la souffrance psychologique chez les patients atteints de cancer.
Une revue systématique de littérature.

**COMPOSITION DU JURY**

Président : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Membres : Madame le Professeur ALBOUY-LLATY Marion
Monsieur le Professeur TOUGERON David
Monsieur le Docteur Richard Philippe

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur FRECHE Bernard

UNIVERSITE DE POITIERS

*Faculté de Médecine et de Pharmacie*

*Le Doyen,*

Année universitaire 2016 - 2017

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

***Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers***

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion **(surnombre jusqu'en 08/2019)**
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

***Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers***

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

***Professeur des universités de médecine générale***

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

***Maître de conférences des universités de médecine générale***

- BOUSSAGEON Rémy

***Professeur associé des disciplines médicales***

- ROULLET Bernard, radiothérapie

***Professeurs associés de médecine générale***

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

***Maîtres de Conférences associés de médecine générale***

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

***Enseignants d'Anglais***

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

***Professeurs émérites***

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

***Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires***

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

# REMERCIEMENTS

**A mon Président de Jury**
Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, professeur en Gériatrie.
Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, c'est un grand honneur que vous me faites et soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

**Aux membres de mon Jury**
Madame le Professeur Marion ALBOUY-LLATY, professeur en Santé Publique.
Merci d'avoir répondu positivement à ma demande. C'est un honneur de vous compter dans mon Jury.
Monsieur le Professeur David TOUGERON, professeur en Gastro-Entérologie.
Merci d'avoir répondu positivement à ma demande. C'est un honneur de vous compter dans mon Jury.
Monsieur le Docteur Philippe RICHARD, Docteur en Psychiatrie.
Merci d'avoir répondu positivement à ma demande. C'est un honneur de vous compter dans mon Jury.

**A mon directeur de thèse**
Monsieur de Docteur Bernard FRECHE, Docteur en Médecine Générale.
Tout d'abord, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis de travailler avec vous.
Merci du temps que vous m'avez consacré et c'est un honneur de vous compter dans mon Jury.

**A ceux qui m'ont aidé dans ce travail**
Monsieur Nicolas DOUX de la bibliothèque qui m'a aidé à obtenir les textes.
Madame Marie-Noelle BORDAGE, que l'on ne remercie pas assez de son dévouement et de son aide précieuse à toutes les étapes administratives de ce travail.
Un remerciement tout spécial à Auréline qui a eu la lourde tâche de faire la relecture et la correction.

## A ma famille
Merci de votre soutien, pas seulement pour la thèse, mais aussi et surtout pendant toutes ces années d'études à distance où vous m'avez envoyé vos ondes positives depuis la Martinique. A mes frères et sœurs, cousins et cousines, oncles et tantes, … Merci !
Particulièrement, je voudrais remercier ma mère qui n'a jamais eu de cesse de me soutenir et ce depuis le début. Merci pour ton amour, merci d'être là. Je t'aime 😊

## A mes amis
La liste est si longue.
Merci d'être là, merci de m'accompagner dans ma vie de tous les jours et de me supporter Julien, Teddy, Elrick, Marc'o, Sandrine, Amandine, Clément, Tony, Boris, Tito, Kérith, Jillian, Mike, Arthur, Lelex, Mimy, JM, Axel, Elsa, Weber, Alice, Malaika, Rémy, Stéphanie, Laurent, Marc-Michel, Yohan, Grégory, Damien, Emilie, Jérôme, Laure, Anthony, Mathieu, Elodie, Céline, Jean, Jérôme, …
**Aux professionnels qui ont accompagné mon cursus d'étude.**
Maternité de Cognac : mon premier lieu de stage, merci à toute la « STARMAT »

Médecine Gériatrique de Cognac : merci à toute l'équipe pour son accueil et au docteur Catherine DENANOT-JOLLET qui m'a beaucoup inspiré pendant ce stage. C'est aussi ici que j'ai eu deux supers co-internes en les personnes de Lucile et Aude !
Docteur Didier COMTE et Patrick FONTANAUD qui m'ont appris leur métier pendant six mois.
Le service de Pédiatrie de la MFME du CHU de Martinique où j'ai eu la chance de rencontrer des gens exceptionnels qui m'ont réconcilié avec la Pédiatrie (bisou tout spécial à l'HDJ).
Le service des urgences de l'hôpital de Rochefort. J'ai tellement redouté ce stage et il s'est vraiment passé de façon idéale ! Merci à tous pour votre soutien !
La médecine interne de Royan qui m'a fait confiance et confié de nombreuses responsabilités avant la fin de mon cursus.

**Merci à TOUTES et TOUS, vraiment ! J'en suis là grâce à vous…**

**Pour toi Papa…**

# TABLE DES MATIERES


1er PARTIE – GENERALITES 8

Physiopathologie du cancer……8
Quelques chiffres sur le cancer……12
Etat des lieux sur le rôle du Médecin Généraliste……15
Aspect psychologique et Cancer……18
Les plans Cancer……24

2ème PARTIE – L'ARTICLE 27

Introduction……27

Matériels et méthode……29
Méthodologie générale 29
Génération de l'équation de recherche 29
Sélection des textes 32
Extraction des données 33

Résultats……33
Etude n°1 – M. Reich 33
Etude n°2 – W. Rhondali 35
Etude n°3 – J. Barrière 36
Etude n°4 – A. Bouregba 37
Etude n°5 – M. Chabrier 39

Discussion……40
Analyses complémentaires et limites des articles 42
Force et limites de l'étude 44
Perspectives et ouverture 45

Conclusion……47

BIBLIOGRAPHIE : Première partie 48
BIBLIOGRAPHIE : Deuxième partie 50

ANNEXE 1 53
ANNEXE 2 54
ANNEXE 3 55

RESUME 56

SERMENT 57

Rôle de la Médecine Générale dans la prise en charge de la souffrance psychologique chez les patients atteints de cancer. Une revue systématique de littérature.

# Partie n°1 : Généralités

Le cancer est une maladie décrite depuis l'Antiquité.

C'est le médecin grec Hippocrate qui, en comparant les tumeurs à un crabe, leur a donné pour la première fois les noms grecs de « karkinos » et « karkinoma ». La comparaison est justifiée par l'aspect de certaines tumeurs, dont les prolongements rappellent les pattes de l'animal.

Longtemps le cancer a été une maladie incurable. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la médecine, nombre de cancers sont guéris. Pourtant, le mot garde encore de nos jours une charge symbolique puissante, associée à des évocations particulièrement sombres et entrainant un retentissement psychologique souvent important.

## Physiopathologie du cancer :

Sur le plan biologique, somatique et de façon schématique, le cancer est un développement anarchique et ininterrompu de cellules « anormales » dans l'organisme aboutissant à la formation d'une tumeur aux dépens d'un organe. Cette population de cellules évolue d'abord en local, en agressant et détruisant l'organe dans lequel elle est implantée, puis en locorégional en se développant dans les structures adjacentes et peut migrer dans d'autres parties du corps à distance, on parle alors de métastases. Si la prolifération n'est pas stoppée, le cancer se généralise plus ou moins rapidement et aboutit au décès de l'individu [1].

On distingue trois stades de développement :

Stade initial

Le processus cancéreux débute par une lésion génétique d'une ou plusieurs cellules, puis d'une expansion clonale d'une cellule lésée. D'autres lésions génétiques surviennent progressivement lors de l'expansion, formant un ensemble lésionnel complexe généralement appelé dysplasie, qui constitue une lésion précancéreuse.

On parle alors de carcinome in situ qui est limité à l'épithélium et ne franchit pas la membrane basale. Puis l'accumulation de lésions génétiques aboutit à la formation d'un cancer avec son potentiel d'invasion des tissus voisins.

Stade d'invasion locale

La première étape est le franchissement de la membrane basale. Puis, les cellules cancéreuses envahissent les structures de proche en proche par contiguïté avec la mise en jeu de deux mécanismes que sont la mobilité des cellules cancéreuses et la destruction des structures préexistantes. Ce phénomène dépend du type de l'organe et de l'importance des phénomènes de destruction.

L'extension locale est souvent responsable de signes cliniques (compression d'un canal excréteur, envahissement autour de nerfs, douleurs, rupture dans une lumière, …) et d'autres manifestations ne sont pas dues à l'extension locale, mais à l'action à distance de différentes substances sécrétées par la tumeur, on parle de syndromes paranéoplasiques (hypercalcémie, polyglobulie, …).

L'extension locale conditionne en grande partie la possibilité de pratiquer une résection chirurgicale de la tumeur. La résécabilité est souvent un facteur pronostic

majeur pour les cancers. L'examen anatomopathologique précise alors le stade d'extension, le plus souvent en utilisant la classification TNM qui dépend de chaque organe.

Certains éléments sont importants pour le pronostic comme la profondeur de l'extension et la présence d'emboles tumoraux (cette atteinte signifie que la tumeur a accès à la circulation, et donc risque d'être déjà disséminée).

Stade de généralisation : survenue de métastases

Les métastases sont des foyers secondaires situés à distance d'un foyer primitif.

La survenue de métastases est liée à la circulation de cellules tumorales qui s'implantent à distance dans un autre organe, puis croissent pour former une deuxième tumeur indépendante de la première.

Trois voies de métastases sont décrites : lymphatique, sanguine ou la voie cavitaire (plèvre, cavité péritonéale, canal lombaire). Ce qui implique deux grands types de métastases : les ganglionnaires lymphatiques régionales et les métastases à distance viscérales ou ganglionnaires lymphatiques.

Par rapport au foyer primitif, les métastases surviennent en général au cours de l'évolution d'un cancer connu, parfois très longtemps après que ce cancer a été diagnostiqué et même traité. Toutefois, la dissémination métastatique peut se produire très précocement, avec des métastases présentes dès le début de la phase clinique de la maladie (on parle de métastases synchrones).

Dans certains cas, ce sont les métastases qui révèlent le cancer (métastases précessives) dont le foyer primitif (préexistant aux métastases par définition) n'est pas connu et doit être identifié.

D’un point de vue microscopique, une métastase peut être identique à la tumeur primitive ou être plus ou moins différenciée, ou alors ne comporter qu'une composante d'une tumeur complexe. Ceci définit alors le type histologique de la tumeur (carcinome épidermoïde, adénocarcinome, mélanome), ce qui peut orienter la recherche du foyer primitif en cas de métastase précessive.

Le siège de la métastase est également important pour des raisons anatomiques (drainage sanguin et lymphatique).

En effet, les cellules tumorales ont tendance à s'arrêter dans des organes placés comme des filtres sur les voies de dissémination (foie, poumons, os, rein, cerveau, ganglion lymphatique dans le territoire de drainage). Cependant, la localisation secondaire métastatique est également dépendante d’affinités de certains tissus cancéreux pour certains tissus « hôtes » (ex : métastases osseuses des cancers de la prostate, du sein, de la thyroïde, du rein ou métastases cérébrales des cancers bronchiques).

D’une façon générale, plus le traitement est précoce, moins la tumeur est étendue et moins élevé est le risque métastatique.

## Quelques chiffres sur le Cancer :

Le cancer la première cause de décès en France, il se place devant les maladies cardio-vasculaires. Les cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon.

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 355 000 (155 000 femmes et 200 000 hommes) et le nombre de décès par cancer, à 148 000 (63 000 femmes et 85 000 hommes) [2].

Depuis 2015, on assistait à un ralentissement de la progression du taux d'incidence chez les femmes (+ 0,2 % par an), lié à la baisse du nombre de cancers du sein, et chez les hommes à une baisse de ce taux (- 1,3 % par an entre 2005 et 2012), liée à une diminution du nombre de cancers de la prostate. En 2015, Le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est passé à 385 000 avec une répartition de 174 000 chez les femmes et 211 000 chez les hommes [3].

Le nombre de personnes de 15 ans et plus en vie en 2008 et ayant eu un cancer au cours de leur vie est de l'ordre de 3 millions, ce qui réalise une prévalence totale en France métropolitaine de 1 412 000 femmes et 1 570 000 hommes [3].

La mortalité par cancer a diminué au cours des vingt dernières années. Sur la période 2005-2009, le cancer reste néanmoins la première cause de mortalité chez l'homme et la seconde chez la femme.

Comme précisé plus haut, en 2012, 148 000 décès par cancer ont été estimés, soit 63 000 chez la femme et 85 000 chez l'homme.

En 2015, le nombre de décès par cancer est estimé à 149 500 : 65 400 chez les femmes (en hausse par rapport à 2012) et 84 100 chez les hommes (en légère baisse par rapport à 2012) [4].

Chez la femme, le cancer du sein est à l'origine du plus grand nombre de décès[5], devant le cancer du poumon et le cancer colo-rectal. Le cancer du poumon a connu une progression constante chez les femmes : le nombre de nouveaux cas a été multiplié par 7 ces 30 dernières années. Le facteur de risque majeur de ce cancer est le tabagisme. Cette progression lui a permis de passer en deuxième position devant le cancer colorectal en 2015.

Chez l'homme, le cancer du poumon est la principale cause de décès, suivi par les cancers du côlon-rectum et de la prostate.

Le pourcentage de survie à 10 ans de personnes atteintes de cancers et diagnostiquées entre 1989 et 2004 varie selon la localisation cancéreuse : chez les femmes, il va de 6 % pour le cancer du foie à 92 % pour celui de la thyroïde. Alors que chez les hommes, il va de 1 % pour le mésothéliome pleural à 93 % pour le cancer du testicule.

D'autres paramètres, comme l'âge et l'état de santé « hors cancer » au moment du diagnostic, entrent également en ligne de compte. Par ailleurs, plus un cancer est détecté tôt et meilleures sont les chances de survie [3].

Le nombre de nouveaux cas de cancers a donc considérablement augmenté chez la femme comme chez l'homme (respectivement +111,4 % et +107,6 % entre 1980 et 2012) [2]. Cette augmentation s'explique en grande partie par l'accroissement de la population, qui mécaniquement augmente le nombre de cas, et par son vieillissement, la majorité des cas survenant chez les sujets âgés.

Ainsi, chez la femme, l'augmentation s'explique à hauteur de 33,8 % par l'accroissement de la population et à hauteur de 22,5 % par son vieillissement.

Chez l'homme, les chiffres sont respectivement de 30,8 % et 33,7 % [2].

Le reste de la hausse du nombre de cas, soit 55,1 % chez la femme et 43,1 % chez l'homme, s'explique par l'augmentation de la probabilité d'être diagnostiqué avec un cancer, notamment en raison de l'évolution de l'exposition aux facteurs de risque et des modifications intervenues dans les méthodes diagnostiques.

Concernant la mortalité, entre 1980 et 2012, le nombre de décès par cancer a augmenté de 11 % chez l'homme et de 20,3 % chez la femme. Cette hausse est attribuable à l'évolution démographique (augmentation et vieillissement de la population) alors que le risque de décéder a diminué notablement, la diminution étant plus marquée chez l'homme [2].

On retrouve donc un risque de décéder du cancer à 1,5 % par an chez les hommes et de 1 % par an chez les femmes entre 1980 et 2012. Cette baisse est liée à des diagnostics plus précoces, à des traitements plus efficaces et à la diminution globale du risque d'avoir un cancer [3].

Au cours de ces 30 dernières années, on distingue ainsi :

- des cancers dont l'incidence et la mortalité ont diminué : cancers de l'estomac, de l'œsophage, des voies aérodigestives supérieures et du col de l'utérus ;
- des cancers dont l'incidence a augmenté et la mortalité a baissé : cancers du sein chez la femme et de la prostate chez l'homme ;
- des cancers dont l'incidence et la mortalité ont augmenté : mélanome cutané, cancer du système nerveux central et cancer du poumon chez la femme.

## Etat des lieux sur le rôle du Médecin Généraliste :

Il existe peu de recommandations en France sur le rôle du Médecin généraliste. La recherche institutionnelle d'État en Médecine Générale en cancérologie est inexistante.

Il n'y a pas de budget fléché à destination de travaux de ce type menés en Médecine Générale par des Médecins généralistes. Pourtant, ils font défaut pour caractériser tant les données épidémiologiques sur l'exercice de la cancérologie par les MG, sur la clinique et l'organisation systémique [5].

Récemment, le collège de médecine générale a créé un partenariat avec l'Institut National du Cancer (INCA) pour réfléchir à améliorer la prise en charge des patients porteurs de pathologie néoplasique en soin primaire. Le but ici est de combler le retard que la France a pris dans le domaine de la recherche et de la lutte contre le cancer en

soins primaires par rapport à d'autres pays plus investis (ex : canada, UK, Nouvelle Zélande et USA).

Le médecin traitant, ou médecin de famille, joue pourtant un rôle fondamental dans le suivi du patient. C'est un acteur quantitativement très engagé en cancérologie.

En dehors du cancer et de sa prévention, le MG engage des actions pour le suivi des lésions pré cancéreuses qu'il est d'ailleurs difficile de comptabiliser.

Si l'on revient à la définition même de la médecine générale - ou médecine de famille - il s'agit d'une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Cette définition est issue de la conférence WONCA Europe datant de 2002 [6].

Le médecin généraliste est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

On se positionne dans une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires. Approche qui répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, en mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés.

Le patient est le point de départ du processus, car il est important de comprendre comment il fait face à la maladie et comment il l'envisage.

Le dénominateur commun est la personne, avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins. La discipline doit reconnaître toutes ces dimensions simultanément et accorder à chacune une importance adéquate. Les comportements face à la maladie et les modes d'évolution des pathologies varient selon ces diverses dimensions.

Le médecin généraliste situe toujours son action dans un continuum de consultations qui sont en fait des éléments d'une démarche globale. Prises dans leur ensemble, elles construisent à travers la relation médecin patient, une connaissance croisée, qui s'enrichit progressivement. C'est à partir de celle-ci que le médecin généraliste, devenu médecin traitant, se fait une idée de son patient dans toutes ses composantes bio psycho sociologiques [5].

Le médecin généraliste participe encore rarement au traitement aigu du cancer. Il est même souvent écarté de la prise en charge initiale et des décisions thérapeutiques. C'est lors des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) que les décisions sont prises, et le médecin traitant (par manque de temps souvent) n'y participe pas, et n'est même que rarement consulté. De plus les comptes rendus de ces RCP ne lui parviennent que de façon tardive et se présentent seulement comme une information, non comme une implication. Le patient se retrouve la plupart du temps entrainé dans un spirale hospitalière (consultations d'annonce ou spécialisées, chirurgie, cures de chimiothérapie, radiothérapie, …) qui échappe complètement au médecin traitant. Celui-ci n'est alors consulté qu'en cas de besoin aigu, ou alors après la phase initiale.

Cependant l'augmentation des chimiothérapies per os, va accroître son implication dans cette phase aiguë, comme cela a été montré dans l'expérience régionale de surveillance des chimiothérapies per os à domicile par le médecin traitant et l'équipe

de soins de proximité, en partenariat avec les oncologues lors du 6ème Congrès de Médecine Générale de Nice en Juin 2012 [5].

## Aspect psychologique et Cancer :

La survenue d'une maladie cancéreuse entraîne chez la personne de grands bouleversements émotionnels, des craintes et des préoccupations concernant tous les aspects de leur vie. Ces bouleversements se répercutent aussi sur l'entourage proche du patient. Malgré les grands progrès thérapeutiques, la représentation sociale du cancer demeure associée à la mort, à la douleur, à l'impuissance et à l'incertitude quant à l'avenir. Cette représentation est d'ailleurs ancienne car de l'Antiquité au 19ème siècle le cancer était perçu comme « la bête qui ronge » puis en 1812, le Dr. Robert l'a défini comme « la sanction d'une mauvaise hygiène de vie et d'abus divers » [7].

L'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante (EPAC Cancer 2000) révèle d'ailleurs que les trois premiers mots associés au cancer sont « Chimiothérapie », « Mort » et « Douleur » [7]. Cela montre bien la connotation très négative associée à cette maladie.

D'ailleurs, la quasi-totalité des Français estime que le cancer est une maladie grave (loin devant le sida et les maladies cardio-vasculaires) et dont personne n'est à l'abri [8]. Beaucoup estiment qu'un individu atteint d'un cancer n'est plus capable de travailler et qu'il se trouve souvent mis à l'écart. La conséquence directe peut être l'isolement social avec tout ce qu'il en découle.

Pourtant, les traitements existent mais justifient de recourir à des moyens médicaux exigeants, longs et souvent pénibles, parfois pendant des années. Habituellement, ceux-ci vont se dérouler dans des services hospitaliers spécialisés au cours de séjours répétés, pendant lesquels, le patient et ses proches peuvent rencontrer quotidiennement des soignants de diverses spécialités : médecins, infirmières, aides-soignantes entre autre. Ils bénéficient alors de leur compétence, de leur attention à apporter réconfort, conseils utiles et explications permettant de ne pas être trop envahis par la peur, le découragement et d'avoir confiance dans les traitements qui ont été choisis [9].

Entre-temps le patient est souvent à domicile, et c'est alors que fréquemment les doutes, les interrogations deviennent plus envahissants.

Quelles sont les manifestations psychiques et psychiatriques que l'on retrouve lors de la maladie cancéreuse chez les patients ?

La Société Française de Psycho-Oncologie en distingue trois grands groupes [10]:

1. Les troubles anxieux [11] :

L 'anxiété est une émotion physiologique qui possède un rôle adaptatif face aux stimuli soudains, inhabituels ou menaçants provenant de l'environnement. Elle s'exprime dans les trois registres, psychologique, comportemental et somatique.

On parle d'anxiété pathologique lorsqu'elle est trop intense, inadaptée, hors de proportion avec ses causes et/ou qu'elle entraine un handicap social ou professionnel du fait de ses conséquences.

Pour schématiser, on peut dire que l'anxiété est à l'esprit ce que la douleur est au corps : une alarme !

D'un point de vu étiologique, lors d'une maladie cancéreuse, on parle d'anxiété réactionnelle qui est un trouble de l'adaptation face à l'annonce diagnostique.

Pour préciser sa nature et poser le diagnostic de trouble anxieux, on se réfère aux critères DMS-IV TR selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [12].

2. Les troubles phobiques [13] :

Peurs irraisonnées, intenses et spécifiques à un objet ou une situation, les phobies sont très fréquentes dans la vie psychique normale. Elles deviennent pathologiques par leur intensité et leur retentissement sur la vie de la personne. Les phobies s'accompagnent de conduites d'évitement de l'objet ou de la situation et/ou de conduites qui rassurent (conduites contraphobiques). La personne a conscience du caractère absurde de sa peur et en souffre.

Il existe quatre troubles phobiques, mais seuls deux sont retrouvés dans le cadre d'un cancer :

   a. Phobie sociale : peur irraisonnée et intense des situations où l'on est exposé au regard d'autrui.
   b. Dysmorphophobie : Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique.

3. Les troubles dépressifs et de l'humeur [11] :

Actuellement la définition d'un épisode dépressif est très bien codée et répond, elle aussi, aux critères DMS-IV TR [14].

On retrouve neuf grands symptômes et il doit y avoir au moins cinq des symptômes suivants présents pendant une même période, d'une durée de deux semaines et qui représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

La prévalence des épisodes dépressifs chez les patients atteints d'une affection cancéreuse est importante et plus élevée que dans la population générale. Ainsi, 20% des patients ayant reçu un diagnostic de cancer au cours des 12 mois précédents souffrent d'un trouble dépressif [15].

La maladie cancéreuse doit être envisagée comme une crise entraînant souvent des perturbations du comportement ou des troubles de l'humeur. Les troubles de l'humeur représentent 50 % de troubles anxio-dépressifs dans le cours de la maladie [15].

Les mécanismes en cause peuvent être de trois types [16] :

1. biologiques et/ou lésionnels
2. iatrogéniques, qui devront être systématiquement évoqués
3. psychologiques : la dépression survient alors en réaction à la maladie physique et aux deuils qu'elle impose (deuil de sa santé physique, de son rôle social, de la possibilité de voir évoluer sa famille, deuil de sa prise en charge médicale intensive lorsque l'état clinique s'améliore) [17].

Ces mécanismes ne sont pas exclusifs les uns des autres, et pour la majorité des patients sont plus ou moins intriqués.

Les données de l'étude VICAN 2[18] sur l'ensemble des cancers, montrent en 2012 une qualité de vie physique dégradée par rapport à la population générale, dégradation plus importante que pour la qualité de vie mentale. La qualité de vie mentale est moins dégradée chez les plus âgés, mais l'est plus chez les personnes à revenus les plus faibles et celles présentant une ou plusieurs comorbidités.

Le premier rapport de l'Observatoire sociétal des cancers (Ligue nationale contre le cancer, rapport 2012) [19] souligne que le cancer est une maladie paupérisante, avec des effets aggravés pour les plus vulnérables : arrêt maladie, perte de revenus, invalidité, rupture sociale, fracture psychologique.

De plus, la maladie psychiatrique entraine de sérieux problèmes de prise en charge [10] :

- Retard au diagnostic et à la prise en charge

Selon l'étude Dickerson en 2006 [20] l'accès des patients atteints de pathologie psychiatrique au dépistage des cancers est diminué.

Le recours est limité du fait de représentations différentes de la pathologie cancéreuse (banalisation, attente, peur, ...)

- Moins bonne adhésion aux thérapeutiques anticancéreuses et aux soins

L'accès des patients psychiatriques aux traitements est diminué.

Le risque relatif de non observance est de 1,7 à 3 fois plus important pour les patients déprimés selon l'étude de DiMatteo en 2000 [21].

On retrouve des causes dites spécifiques (perte d'espoir, isolement social, troubles cognitifs, mauvaise communication médecin–malade) et non spécifiques (difficultés

économiques, charges familiales, problèmes de transport, autres pathologies somatiques…)

On note d'ailleurs, que chez les patients psychotiques il existe de base une moins bonne adhésion ainsi qu'une moins bonne compréhension des traitements proposés.

Les autres causes retrouvées sont :

- Les troubles cognitifs,
- La tendance au repli, à la passivité ou le déni,
- La carence éducative et le milieu socio-professionnel,
- L'interprétation erronée ou délirante de certains symptômes [22].

- Moins bonne hygiène de vie : tabac, alcool, régime alimentaire, sédentarité… [23]
- Les troubles sexuels : La vie sexuelle des patients atteints de cancer peut être affectée par cette maladie. La cause peut être chirurgicale (cancer du rectum, cancer de la prostate…), liée à la maladie (fatigue, perte du désir, asthénie, modifications hormonales), iatrogène (ménopause induite par le traitement, hormonothérapie…), et surtout psychologique (peur de ne plus plaire (chirurgie du cancer du sein, perte des cheveux avec certaines chimiothérapies…), dépression, dévalorisation) [24].
- La situation professionnelle des personnes ayant eu un cancer s'est considérablement dégradée deux ans après le diagnostic : le taux d'emploi est passé de 82 % à 61,3 % et le taux de chômage, de 7 % à 11 % [24].

On se rend bien compte qu'il est primordial que le patient soit bien accompagné lors de sa maladie et de sa prise en charge d'un point de vue psychologique.

Les problèmes psychologiques sont nombreux : dépression, anxiété, … avec souvent la mise en place de systèmes de défense afin de rendre tolérable sa situation objective [25].

Les aides sont de plusieurs types :

- Médicamenteuses (psychiatre et médecin de ville) : anxiolytiques, antidépresseurs.
- Non médicamenteuses (aide psychologique et sociale) :
    - Médecin traitant
    - Onco-spychologue : entretiens individuels ou en famille, groupes, associations, …
    - Autres : assistante sociale, prise en charge de la douleur, aides familiales, …

## Les plans Cancer :

Depuis 2003 et sous l'impulsion du président Jacques Chirac, le gouvernement français a lancé une suite de plans dont le but est la lutte contre le cancer et l'amélioration de la prise en charge des malades : Les plans Cancers [26].

Le dernier plan cancer a d'ailleurs placé la médecine générale au cœur de sa prise en charge, contrairement aux deux premiers où celui-ci restait marginalisé, voire carrément absent dans le premier. Les organismes de tutelle comme l'institut national

du cancer (INCA) ont depuis pour mission d'améliorer la coopération et la collaboration interdisciplinaire entre la médecine générale et les spécialistes du cancer notamment par la création des réseaux.

Mais l'absence de procédure et de protocolisation du rôle de la médecine générale rend invisible sa réelle implication aux yeux de la communauté scientifique.

Le troisième plan cancer, présenté par François Hollande en février 2014, s'est fixé quatre grands objectifs afin de donner les mêmes chances à tous, partout en France, de guérir de cette maladie [27].

Les quatre priorités fixées par le président de la République pour le nouveau plan cancer sont :

1. Guérir plus de malades.

2. Donner plus de moyens à la recherche fondamentale et à la recherche clinique.

3. Améliorer la vie des malades pendant et après le cancer.

4. Faire de la prévention une priorité pour réduire le nombre de cancers aux causes évitables (40 % du total des décès dus au cancer tiennent à des facteurs de risques évitables : 73 000 décès sont liés au tabac, 15 000 à l'alcool, 2 300 à l'obésité et 1 000 à l'exposition solaire)

De ces quatre priorités sont issus dix-sept objectifs.

En s'y intéressant de plus près on peut s'attarder sur l'objectif 9, qui a pour but de « diminuer l’impact du cancer sur la vie personnelle » [28].

La survenue d'un cancer a souvent de fortes conséquences sur la vie sociale, scolaire ou professionnelle des personnes atteintes ou ayant été atteintes de cancer, ainsi que sur celle de leurs proches. Confrontées aux conséquences de la maladie sur leurs ressources économiques, sur leurs études ou leur travail, les personnes malades les ressentent comme une « double peine ».

Au moment où de plus en plus de personnes vivent ou vivront après un diagnostic de cancer, le Plan cancer mobilise chacun des acteurs de l'enseignement, de la formation, de l'assurance, du monde du travail et du secteur médical et social pour minimiser l'impact préjudiciable de la maladie sur la vie quotidienne.

Le but de notre étude est donc de réaliser un tour d'horizon de ce qui peut être proposé aux patients en première ligne de traitement et ce, en médecine générale.

Quels sont les outils disponibles en ville pour l'accompagnement et la prise en charge de cette souffrance ? Quels sont les moyens thérapeutiques et non thérapeutiques ? Comment les médecins généralistes peuvent y avoir recours ? Qui sont les intervenants ?

# Partie n°2 : L'article

## Introduction

Le nombre de nouveaux cas de cancer (incidence) en France métropolitaine était estimé à 385 000 en 2015 : 211 000 chez les hommes et 174 000 chez les femmes [1]. Chez les hommes, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du côlon-rectum. Chez les femmes, en revanche, ce sont les cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon. Toujours en 2015, le nombre de décès par cancer (mortalité) était estimé à 149 500 soit une répartition de 84 100 chez les hommes (en légère baisse par rapport à 2012) et de 65 400 chez les femmes (en hausse par rapport à 2012). Chez les femmes, le cancer du poumon devient la deuxième cause de décès par cancer, juste après le cancer du sein et avant le cancer colorectal [2]. Chez les hommes, le cancer du poumon est toujours au premier rang des décès [3], devant le cancer colorectal et celui de la prostate. La survenue d'un cancer entraîne chez la personne de grands bouleversements émotionnels, des craintes et des préoccupations existentielles majeures malgré les progrès thérapeutiques. La représentation sociale du cancer demeure associée à la mort, à la douleur, à l'impuissance et à l'incertitude quant à l'avenir [4]. Les mécanismes en cause peuvent être biologiques, iatrogènes ou psychologiques [5]. Les syndromes dépressifs sont deux à trois fois plus fréquents chez les patients atteints d'un cancer que dans la population générale en termes de prévalence [6]. Selon l'AFSOS (Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support) dans son référentiel en soins oncologiques de support paru en décembre 2011, les chiffres d'une étude à l'autre sont extrêmement variables, du fait de l'utilisation de méthodes d'évaluation diagnostique différentes et des différences d'échantillon de population. En 2011, la

méta analyse de Mitchell et al, retrouvait une prévalence de 16,3% des syndromes dépressifs tous types confondus (6% d'épisodes dépressifs majeurs et 32,1% de troubles de l'adaptation) chez les patients atteints d'un cancer. En phase palliative, ce chiffre passe à 24,6 voire 29% (14,3-16,5% d'épisode dépressif majeur) [7]. Schématiquement, 25% des patients cancéreux vont souffrir d'un syndrome dépressif lors de leur maladie, et cette prévalence augmente en phase avancée, jusqu'à 77% en phase terminale [6,8]. Ces chiffres sont d'autant plus importants, qu'il n'est pas aisé de dépister la présence d'un syndrome dépressif [9]. Il est essentiel de bien comprendre la difficulté du diagnostic de dépression en oncologie, car le cancer en lui-même engendre des symptômes physiques qui sont communs avec ceux engendrés par un syndrome dépressif comme l'asthénie, l'amaigrissement, la dyssomnie et le ralentissement psychomoteur. De plus, les effets secondaires des traitements, telle que la chimiothérapie, peuvent eux aussi entrainer des tableaux trompeurs [10]. Le résultat de ce constat est donc le sous-diagnostic des syndromes dépressifs, ainsi que des tableaux cliniques apparentés, et par conséquent, un retard, voire une absence de prise en charge de la souffrance psychologique lors de la maladie cancéreuse. L'étude de Martin. et al a montré que cela représentait jusqu'à 70% des patients atteints de cancer vus en médecine de premier recours [11], avec toutes les conséquences sur la qualité de vie, et même sur l'observance thérapeutique vis-à-vis des moyens engagés dans la prise en charge du patient [12,13]. De nombreux travaux laissent à penser qu'il y a un réel défaut d'identification de la maladie psychiatrique par les personnels de santé, alors qu'il existe des outils de dépistage simples et des solutions thérapeutiques adaptées [14]. Mais en analysant de plus près, ces études étaient souvent réalisées dans des centres de cancérologie et donc en milieu hospitalier, oubliant alors le médecin généraliste et la prise en charge ambulatoire. L'objectif principal de ce travail est donc de réaliser un état des lieux de la littérature sur la prise en charge de la souffrance psychologique des patients atteints d'un cancer,

mais en se focalisant sur la médecine générale. L'objectif secondaire serait alors, de faire une liste des possibilités de prise en charge de la souffrance psychologique en médecine générale.

# Méthode

## Méthodologie générale

Il s'agit d'une revue systématique de littérature selon les critères de qualité PRISMA (Preferred Reportin Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) [15]. La "revue systématique" peut être définie comme une démarche scientifique rigoureuse de revue critique de la littérature consistant à rassembler, évaluer et synthétiser toutes les études pertinentes et parfois contradictoires qui abordent un problème donné. Cette méthode permet de limiter l'introduction d'erreurs aléatoires et systématiques ou biais. L'élaboration d'une revue systématique est basée sur : un protocole détaillé préalable qui commence par la définition claire de l'objectif, puis l'établissement d'une stratégie de recherche large dans plusieurs bases de données, l'évaluation de la validité et de la pertinence des publications par l'attribution d'un indice de qualité avec la définition d'un seuil d'exclusion, l'extraction des données sous forme d'annotations et enfin la synthèse.

## Génération de l'équation de recherche

La question de recherche a donc été définie comme suit : « *Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la souffrance psychologique chez les patients atteints de cancer ?* » A partir de cette question, cinq mots clés ont alors été isolés : Rôle, Médecin généraliste, Prise en charge, Souffrance psychologique et Cancer.

De ces mots clés, ont été recherchés les « mots meSH » proposés par le "Constructeur de Requêtes Bibliographiques Médicales" du CisMef de l'université de Rouen afin d'obtenir les termes médicaux adéquats pour les utiliser dans les bases de données. Les étapes sont récapitulées dans le tableau 1.

| **Mots clés** | **Termes médicaux** | **Mots MeSH** |
|---|---|---|
| Rôle | rôle médical | *Physician's Role* |
| Médecin généraliste | médecin généraliste<br>médecin de famille<br>médecine générale | *General Practitioner*<br>*Family Medicine*<br>*General Practice* |
| Prise en charge | Prise en charge de la maladie<br>Prise en charge personnalisée du patient | Disease management<br>Case management |
| Souffrance psychologique | stress psychologique<br>trouble du sommeil<br>troubles anxieux<br>troubles de l'humeur<br>syndrome dépressif | Stress, Psychological<br>Dyssomnie = Dyssomnias<br>Anxiety Disorders<br>Mood Disorders<br>Depressive Disorder |
| Cancer | tumeur | Néoplasm |

Tableau1 – conversion des mots clés en mots MeSH

Une fois cette étape réalisée, une équation de recherche a été générée à partir de la question posée grâce au "Constructeur de Requêtes Bibliographiques Médicales" du CisMef de l'université de Rouen. L'équation de recherche retenue a été alors la suivante :

*((((((rôle médical.mc[TER_MSH]) AND médecine générale.mc[TER_MSH]) AND prise en charge de la maladie.mc[TER_MSH]) OR prise en charge personnalisée du patient.mc[TER_MSH]) AND stress psychologique.mc[TER_MSH]) OR trouble dépressif.mc[TER_MSH]) AND tumeurs.mc[TER_MSH].*

et sa conversation anglaise :

*(((((("physician's role"[MH] OR ("physician's role"[TW] OR "role, physician's"[TW] OR "physicians' roles"[TW] OR "role, physicians'"[TW] OR "roles, physician's"[TW] OR "physician role"[TW] OR "physician's roles"[TW] OR "roles, physicians'"[TW] OR "physicians role"[TW] OR "physicians' role"[TW] OR "doctor's issue"[TW]))) AND ("general practice"[MH] OR ("general practice"[TW] OR "practice, general"[TW] OR "family doctor "[TW] OR "primary care practitioner "[TW] OR "primary care physician"[TW] OR "family medicine"[TW] OR "GP/FM"[TW] OR "general practitioner"[TW]))) AND ("disease management"[MH] OR ("disease management"[TW] OR "disease managements"[TW] OR "managements, disease"[TW] OR "management, disease"[TW]))) OR ("case management"[MH] OR ("case management"[TW]))) AND ("stress, psychological"[MH] OR ("stress, psychological"[TW] OR "psychologic stress"[TW] OR "life stress"[TW] OR "psychological stress"[TW] OR "emotional stress"[TW] OR "life stresses"[TW] OR "mental suffering"[TW] OR "stresses, psychological"[TW] OR "stress"[TW] OR "stresses, life"[TW] OR "stress, life"[TW] OR "anguish"[TW] OR "stress, emotional"[TW] OR "suffering, mental"[TW] OR "psychological stresses"[TW] OR "stress, psychologic"[TW] OR "suffering"[TW]))) OR ("depressive disorder"[MH] OR ("depressive disorder"[TW] OR "depressions, unipolar"[TW] OR "endogenous depression"[TW] OR "depressive neuroses"[TW] OR "melancholias"[TW] OR "disorder, depressive"[TW] OR "neuroses, depressive"[TW] OR "syndrome, depressive"[TW] OR "depressive syndromes"[TW] OR "unipolar depressions"[TW] OR "neurotic depressions"[TW] OR "depression, unipolar"[TW] OR "neurosis, depressive"[TW] OR "syndromes, depressive"[TW] OR "depressive disorders"[TW] OR "endogenous depressions"[TW] OR "depression, neurotic"[TW] OR "depressions, endogenous"[TW] OR "disorders, depressive"[TW] OR "depressions, neurotic"[TW] OR "depressive neurosis"[TW] OR "melancholia"[TW] OR "depressive syndrome"[TW] OR "neurotic depression"[TW] OR "unipolar depression"[TW] OR "depression, endogenous"[TW] OR "DEPRESSION"[TW] OR "depressive disorder, nos"[TW] OR "depression, nos"[TW] OR "Depression NOS"[TW] OR "Depressive disorder (disorder)"[TW] OR "Major depression, NOS"[TW] OR "Major depression"[TW] OR "Major depressive disorder, NOS"[TW] OR "Depressive illness"[TW] OR "Melancholia, NOS"[TW] OR "Mood disorder of depressed type"[TW] OR "Depressive episode"[TW] OR "Major depressive disorder"[TW] OR "Depressed"[TW] OR "mood disorders"[TW] OR "dysthymic disorder"[TW] OR "ActualNegativeDepression"[TW] OR "depressive state"[TW] OR "depression mental"[TW] OR "depressed state"[TW]))) AND ("neoplasms"[MH] OR ("neoplasms"[TW] OR "cancers"[TW] OR "cancer"[TW] OR "benign neoplasms"[TW] OR "tumors"[TW] OR "neoplasia"[TW] OR "neoplasm, benign"[TW] OR "tumor"[TW] OR "neoplasms, benign"[TW] OR "neoplasm"[TW] OR "benign neoplasm"[TW] OR "malignancy"[TW] OR "carcinoma"[TW] OR "oncology"[TW] OR "NEOPLASM MALIGNANT"[TW] OR "Malignant neoplasms"[TW] OR "Cancer (NOS)"[TW] OR "neoplasm, malignant"[TW] OR "NEOPLASM NOS"[TW] OR "Malignant Neoplasm"[TW] OR "Malignant tumor"[TW] OR "Malignant neoplastic disease (disorder)"[TW] OR "Malignant tumor (disorder)"[TW] OR "CA - Cancer"[TW] OR "Malignant tumour"[TW] OR "Malignant neoplastic disease"[TW] OR "Malignant neoplasm NOS"[TW] OR "Oncological abnormality"[TW] OR "risk factor for malignancy"[TW])).*

**Sélection des textes**

Cette équation a été utilisée sur les trois bases de données suivantes : PubMed, LISSa et Doc'CisMef. La date du début de recherche est au 25 novembre 2016 pour une fin de recherche au 05 décembre 2016.

L'ensemble des titres des articles isolés par l'équation de recherche a été lu par deux chercheurs (JJP – BF) en appliquant les critères ci-dessous. Les résumés ont été lus et seuls les articles jugés pertinents par les deux chercheurs ont été gardés. La sélection des articles a été réalisée en utilisant la méthode PICOS en accord avec les recommandations PRISMA : Patients (P), Intervention (I), Comparator (C), Outcome (O), et Study design (S). Ont été inclus les articles qui portaient sur :

| |
|---|
| 1. Études traitant des humains, |
| 2. Études françaises, |
| 3. Études récentes (limite définie à moins de 10 ans), |
| 4. Type d'études (les essais clinique et thérapeutique, les revues de la littérature dont les méta-analyses, les études observationnelles, les études comparatives, les études multicentriques). |

Lors de la lecture des titres, n'ont pas été retenus les articles ne contenant pas la mention claire et indicative des mots "cancer" et "trouble psy" (ou de leur synonymes). Puis, à la lecture des résumés, ont été exclus les articles en absence de lien avec le cancer et un syndrome psychiatrique ou textes hors sujet, les articles centrés sur un cancer pédiatrique, les articles portant sur des tumeurs bénignes et les articles dont la totalité du texte n'a pu être obtenue.

**Extraction des données**

Les 5 textes retenus ont été lus dans leur intégralité. Les données ont été récoltées à partir des résultats et discussions des auteurs quand ces parties sont clairement définies dans les textes.

Cette extraction se fait texte par texte, avec une synthèse distincte selon la réponse à notre objectif principal et notre objectif secondaire, après analyse critique de la qualité de chaque article.

# Résultats

Sont ressortis 25764 textes de l'équation de recherche. Après application des critères d'inclusions, 107 textes ont été inclus. L'application des critères d'exclusions s'est déroulée en deux étapes. L'échantillon s'est alors réduit à cinq textes inclus. Après exploration des bibliographies respectives, cinq textes supplémentaires ont paru être d'intérêt mais n'ont pas pu être retenus après application des critères d'inclusions et d'exclusions suscités. Deux textes étaient issus d'études étrangères, les trois autres se sont révélés issus d'études de plus de dix ans. Finalement, cinq textes ont été inclus dans l'étude (Annexe 1). Il s'agit des textes suivants, desquels nous avons isolé les résultats répondant à nos objectifs principaux et secondaires.

**Etude n°1 :**

| | | |
|---|---|---|
| **Etude Reich** | Titre | La dépression en oncologie<br>(Reich M – Cancer/ Radiothérapie N°14. octobre 2010) |
| | Type d'étude | Revue narrative |
| | Objectifs | Revue des principales problématiques posées par la dépression en oncologie en termes de prévalence, |

| | | |
|---|---|---|
| | | sémiologie, dépistages, facteurs de risque, pronostiques et traitement. |
| | Méthode | Revue de la littérature réflexive appuyée sur les données récentes obtenues par recherche sur PubMed.<br>Méthode non décrite précisément dans l'article. |
| | Qualité | Données récentes – Source fiable (PubMed) |
| | Biais | Sélection : aucune information sur le mode de choix des textes inclus dans l'étude, et des critères d'inclusions/exclusions. Une seule source.<br>Confirmation : pas d'analyse des biais et limite des articles inclus |

Tableau 2 – données pertinentes de l'étude 1

Résultats de l'étude 1 :

Pour l'objectif principal : La prise en charge de la dépression en cancérologie s'inscrit dans un projet de soin global faisant appel à une pluridisciplinarité des acteurs de soins tout en cherchant à impliquer le patient. Sur le plan pratique, l'optimisation de cette prise en charge repose sur une étroite collaboration entre l'oncologue ou le radiothérapeute et le psychiatre. La prescription des antidépresseurs sera faite par le psychiatre en tenant compte de la situation clinique du patient, de ses « comorbidités » et des interactions médicamenteuses potentielles. Le dépistage précoce par l'oncologue s'appuie sur une recherche systématique, s'intégrant dans une démarche diagnostique rationnelle, associée à la connaissance des facteurs de risques et des périodes favorisant les décompensations sur le plan thymique. Par la suite, le médecin généraliste pourra faire appel à un psychiatre ou un psycho-oncologue, gage d'une prise en charge optimisée et d'une amélioration de la qualité de vie de ses patients.

Pour les Objectifs secondaires : Le dépistage peut être complété par une échelle de dépistage d'auto-évaluaion (HADs, pour Hospital Anxiety and Depression Scale) d'utilisation pratique et rapide dans son administration (quelques minutes).

L'absence d'items somatiques (pouvant artificiellement majorer les scores) l'a fait préférer aux habituelles échelles d'hétéro-évaluation de la dépression (BDI[1], MADRS[2], HDRS[3]) moins discriminantes en oncologie car comportant justement ces éléments somatiques.

**Etude n°2 :**

| | | |
|---|---|---|
| **Etude Rhondali** | Titre | Dépression et cancer au stade avancé - concordance entre différentes stratégies de dépistages<br>(Rhondali W - Bull. du Cancer. vol 101. n°2. février 2014) |
| | Type d'étude | Etude prospective non interventionnelle |
| | Objectifs | Evaluer le niveau de concordance entre l'auto-évaluation par le patient de la dépression et l'évaluation par le médecin et les infirmiers en utilisant des mêmes échelles. |
| | Méthode | Utilisation des échelles BEDS[4] et l'item « dépression » de l'échelle ESAS[5] – 29 patients inclus. |
| | Qualité | Type d'étude – Analyse statistique rigoureuse |
| | Biais | Sélection : étude monocentrique – Echantillon faible après application des critères d'exclusion.<br>Confusion : faible concordance des mesures entre le médecin et l'infirmier. |

Tableau 3 – données pertinentes de l'étude 2

Résultats de l'étude 2

Pour l'objectif principal : Définition de façon plus claire du rôle des différents professionnels dans la stratégie de dépistage, d'évaluation et de prise en charge de la dépression (cf. Annexe 2).

[1] Beck Depression Inventory
[2] Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
[3] Hamilton Rating Scale for depression
[4] Brief Edinburg Depression Scale
[5] Edmonton Symptom Assessment System

Pour les objectifs secondaires : Les évaluations cliniques par le médecin ou l'infirmier en charge du patient ont montré une concordance faible à modérée avec l'évaluation par le patient. Par conséquent, l'utilisation d'outils validés est nécessaire pour une évaluation clinique performante mais ceux-ci doivent être adaptés au contexte clinique.

**Etude n°3 :**

| | | |
|---|---|---|
| **Etude Barrière** | Titre | Les antidépresseurs - enjeux et perspectives clinique en cancérologie<br>(Barrière J - Bull du Cancer. vol 95. n°11. novembre 2008) |
| | Type d'étude | Revue narrative – « Mise au point » |
| | Objectifs | Mettre à la disposition des oncologues une mise au point sur une classe thérapeutique probablement sous-estimée en cancérologie et de fournir un document pratique pour leur prescription et leur surveillance. |
| | Méthode | Non décrite. |
| | Qualité | Richesse bibliographique (55 sources).<br>Rédaction exhaustive, claire et documentée. |
| | Biais | Sélection : aucune information sur le mode de choix des textes inclus dans l'études, et des critères d'inclusions/exclusions. Littérature parfois ancienne (1 texte datant de 1984).<br>Confirmation : pas d'analyse des biais et limite des articles inclus. Risque d'interprétation.<br>Information : pas de donnée sur les textes exclus. |

Tableau 4 – données pertinentes de l'étude 3

Résultats de l'étude 3 :

Pour l'objectif principal : Savoir qui du psychiatre, ou de l'oncologue médical, ou du médecin traitant doit instaurer un traitement par antidépresseur demeure une question encore débattue. Il est évident que lorsque les moyens humains sont réunis

pour permettre l'accès à une consultation psychiatrique, l'oncopsychiatre est le plus à même de prescrire un antidépresseur adapté et d'associer si besoin un suivi psychothérapeutique. Malheureusement, force est de constater que les oncopsychiatres à temps plein, en France, sont une denrée rare et que dans la majorité des cas c'est à l'oncologue médical, au radiothérapeute ou au médecin traitant d'introduire une thérapeutique adaptée aux troubles de l'humeur de leurs patients.

Pour les objectifs secondaires : Mise en place d'un traitement antidépresseur. Privilégier la voie orale. Initiation du traitement selon les recommandations habituelles (demi-dose pour les patients âgés) avec adaptation thérapeutique selon la tolérance et l'efficacité. Pas de bilan pré-thérapeutique, sauf pour les patients atteints d'une néoplasie évolutive. Les effets indésirables mineurs surviennent en général en début de traitement et sont transitoires. En cas d'échec, malgré l'augmentation de la posologie, il faut prévoir un avis psychiatrique. Dans tous les cas, la surveillance des interactions est indispensable, car elles sont nombreuses, même si elles sont rarement significatives cliniquement (attention aux interactions avec les substrats des cytochromes P450 qui peuvent avoir des conséquences dans le champ de prescription de la cancérologie).

**Etude n°4 :**

| | | |
|---|---|---|
| **Etude Bouregba** | Titre | L'annonce du diagnostic de Métastase - difficultés psychologiques pour les patients<br>(Bouregba A - Progrès en Urologie novembre 2008) |
| | Type d'étude | Analyse descriptive |
| | Objectifs | Présentation des principales difficultés psychologiques qui surviennent chez un patient lors de l'annonce et au cours du traitement d'un stade métastatique d'un cancer urologique. |
| | Méthode | Non décrite. |

| | | |
|---|---|---|
| | Qualité | Classement des principales difficultés psychologiques. |
| | Biais | Sélection : aucune information sur le mode de choix des textes inclus dans l'études, et des critères d'inclusions/exclusions.<br>Littérature parfois ancienne (1 texte datant de 1958).<br>Seulement 10 textes inclus.<br>Interprétation : Possibles erreurs dans l'analyse des résultats qui parait très subjective.<br>Confirmation : pas d'analyse des biais et limite des articles inclus.<br>Information : pas de donnée sur les textes exclus. |

Tableau 5 – données pertinentes de l'étude 4

Résultats de l'étude 4

Pour l'objectif principal : La capacité d'empathie du praticien à l'égard de son patient est à la base de la confiance du patient vis-à-vis de son médecin, et dans ce sens elle constitue un élément fondateur de la spécificité du colloque singulier qui confronte le médecin à son patient. Le soignant ne doit ni valider des croyances erronées, ni pour autant les démentir. Il doit tenir des propos rigoureux, ce n'est pas le cas du patient. Ce respect de l'asymétrie qui oppose le soignant au patient n'est pas toujours simple. Les propos des soignants sur la nécessité de garder le moral montrent comment, malgré lui, le médecin élève quelquefois ses croyances au titre de connaissance.

Pour les objectifs secondaires : Aucune donnée.

**Etude n° 5 :**

| | | |
|---|---|---|
| **Etude Chabrier** | Titre | Impact de la dépression sur l'adhésion aux traitements anticancéreux oraux<br>(Chabrier M - Bull du Cancer. Vol 100. N°10. octobre 2013) |
| | Type d'étude | Revue narrative |
| | Objectifs | Montrer l'impact de la dépression sur l'adhésion aux traitements anticancéreux oraux. |
| | Méthode | Non décrite. |
| | Qualité | Littérature récente.<br>Rédaction exhaustive, claire et documentée. |
| | Biais | Sélection : aucune information sur le mode de choix des textes inclus dans l'études, et des critères d'inclusions/exclusions.<br>Confirmation : pas d'analyse des biais et limite des articles inclus. Risque d'interprétation. |

Tableau 6 – données pertinentes de l'étude 5

Résultats de l'étude 5 :

Pour l'objectif principal : Le médecin est l'un des facteurs du processus d'observance thérapeutique. Sa capacité à être disponible, empathique, à l'écoute notamment des plaintes concernant les effets secondaires, et ses aptitudes à donner des informations pratiques sur la prise du traitement sont fondamentales. L'importance de la qualité de la première consultation et la continuité de cette relation sont capitales pour établir un climat de confiance et l'alliance thérapeutique.

La dépression est le plus souvent sous-diagnostiquée par les médecins de premier recours (non connue dans 50-70% des cas) et donc sous-traitée.Il appartient aux équipes médicales et soignantes d'oncologie et/ou au médecin traitant de dépister la dépression. Les questions d'évaluation de l'humeur peuvent être ouvertes (« *comment était votre moral ces derniers temps ?*», « *est-ce qu'il y a des bons moments ?* ») ou

fermées (« *durant ces quinze derniers jours avez-vous noté une perte de capacité à vous intéresser et à prendre plaisir à vos activités habituelles ?* ») et des échelles type HADS peuvent être utilisées dans ce but. Une fois dépistée, la dépression doit être prise en charge en associant idéalement traitement médicamenteux et psychologique (individuel et/ou groupal). L'évaluation de l'humeur doit se faire à distance d'une annonce diagnostique (minimum une semaine après) et en l'absence de syndrome douloureux non contrôlé. L'oncologue saura également être attentif au changement de fonctionnement du patient, parfois exprimé par l'entourage. En cas de doute ou de constat de dépression avérée, il convient d'orienter le patient vers une prise en charge par psychiatre et/ou psychologue dans le cadre des soins de support. Le traitement comporte des approches psychothérapiques et/ou médicamenteuses associées à des interventions psychosociales.

Pour les objectifs secondaires : Une fois dépistée la dépression doit être prise en charge en associant idéalement traitement médicamenteux et psychologique (individuel et/ou groupal).

# Discussion

L'objectif principal de ce travail était de réaliser un état des lieux de la littérature sur la prise en charge de la souffrance psychologique des patients atteints d'un cancer, mais en se focalisant sur le médecin généraliste. Par la même occasion, nous avons souhaité faire une liste des possibilités de prise en charge de la souffrance psychologique en médecine générale. La prise en charge de la souffrance psychologique en cancérologie devrait s'inscrire dans un projet de soin global et faire appel à une pluridisciplinarité des acteurs de soins tout en cherchant à impliquer le patient. Nous avons pu voir grâce à notre étude que le niveau d'intervention du médecin généraliste est triple. On le retrouve impliqué dès le début de la prise en

charge avec une recherche systématique de symptômes dépressifs dans un but de dépistage et notamment en cas de symptômes rapportés par l'entourage ou observés lors de la consultation médicale. Le dépistage doit être complété par une échelle de d'auto-évaluation type HADs, d'utilisation pratique et rapide dans son administration, pouvant être réalisée en quelques minutes, ce qui est donc réalisable en cabinet lors d'une consultation. Il intervient ensuite dans la proposition thérapeutique, une fois le diagnostic établi et confirmé. Les traitements sont alors adaptés avec prudence, selon les recommandations, tout en prenant en compte le risque d'interactions avec le traitement spécifique oncologique. Enfin le médecin généraliste assure le suivi régulier, avec réévaluation mensuelle du traitement et de son bénéfice. Et ce, pendant toute la durée de celui-ci. En cas de risque suicidaire, ou d'antécédents psychiatriques préexistants, le travail peut se faire en collaboration avec un psychiatre (voir oncopsychiatre). L'oncologue, grâce à sa meilleure connaissance des traitements spécifiques anti tumoraux peut ajuster les traitements ou faire part de ses conseils via les correspondances avec le médecin généraliste. Comme dans toutes les pathologies chroniques, le rôle du médecin généraliste se retrouve à toutes les étapes, du dépistage de la maladie psychiatrique à l'arrêt du traitement en passant par le diagnostic, l'initiation du traitement et l'évaluation thérapeutique rapprochée. Sa capacité à être disponible, empathique, à l'écoute notamment des plaintes assure le succès du traitement et facilite une prise en charge adaptée au patient qu'il connait. Notre étude nous a aussi permis de savoir que la dépression doit être prise en charge en associant idéalement traitement médicamenteux et psychologique. La mise en place d'un traitement antidépresseur doit privilégier la voie orale avec une initiation du traitement selon les recommandations habituelles, puis une adaptation thérapeutique selon la tolérance et l'efficacité. Ce sont les IRS[6] et le IRSNA[7] qui sont à utiliser en

[6] Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine
[7] Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

première intention. Le bilan pré-thérapeutique n'est pas utile et les effets indésirables mineurs surviennent en général en début de traitement et sont transitoires. Le traitement psychologique est à associer dès que possible avec une prise en charge globale, individuelle ou en groupe via la psychothérapie. En cas d'échec, après la réévaluation à un mois, c'est l'augmentation de la posologie qui est recommandée. Il faut prévoir un avis psychiatrique en cas de signes de gravités ou d'échec persistant malgré l'augmentation des dosages.

**Analyses complémentaires et limites des articles**

En revenant plus profondément sur certains textes, on se rend compte que le rôle du médecin généraliste n'est pas forcément toujours bien défini. Si on reprend texte par texte, on retrouve un certain nombre de limites. « *La prise en charge de la dépression en cancérologie s'inscrit dans un projet de soin global faisant appel à une pluridisciplinarité des acteurs de soins tout en cherchant à impliquer le patient* » [16].

Cette citation issue de l'étude de M.Reich. et al, semble tout à fait convenir à une définition parfaite de la prise en charge de la souffrance psychologique du patient. Dans le terme « pluridisciplinarité » employé à juste titre, on retrouve le médecin traitant. Et pourtant, il est tout au plus cité, mais son rôle n'est jamais clairement défini au profit de celui des professionnels hospitaliers, plus ou moins spécialisés, ou paramédicaux. Dans cette même étude d'ailleurs, ils précisent que « *sur le plan pratique, l'optimisation de cette prise en charge* [de la souffrance psychologique] *repose sur une étroite collaboration entre l'oncologue ou radiothérapeute et le psychiatre, qui fera la prescription* ». Ils vont même plus loin en plaçant l'oncologue au centre de cette prise en charge, puisque dans leur conclusion ils affirment que « *Le dépistage précoce par l'oncologue s'appuie sur une recherche systématique, s'intégrant dans une démarche diagnostique rationnelle, associée à la connaissance*

*des facteurs de risque et des périodes favorisant les décompensations sur le plan thymique* [et que par la suite, c'est toujours l'oncologue] *qui pourra faire appel à un psychiatre ou un psycho-oncologue, gage d'une prise en charge optimisé* ». Le médecin généraliste est tout simplement écarté de cette formation pluridisciplinaire. Chez J.Barrière et al, la question est posée : « *Savoir qui du psychiatre, ou de l'oncologue médical, ou du médecin traitant doit instaurer le traitement par antidépresseur demeure une question encore débattue »* [10]. On reconnait cependant que dans la majorité des cas, c'est le médecin traitant qui introduit un traitement parce qu'en France, il n'y a pas assez d'oncopsychiatre. Ici, le rôle thérapeutique est cité, tout en montrant du doigt le fait que les généralistes ne sont pas forcément au fait de l'utilisation adéquate des molécules et des associations médicamenteuses fréquemment rencontrées en cancérologie, avec un risque d'interaction pharmacologique important. C'est d'ailleurs un problème qui va de plus en plus se poser avec le développement des chimiothérapies en comprimés, et l'explosion de la cancérologie ambulatoire. Dans l'étude de M.Chabrier. et al, ils répondent assez clairement à la question posée précédemment : « *Il appartient (aux équipes médicales et aux soignants d'oncologie et/ou) au médecin traitant de dépister la dépression* »[13].

Ils proposent l'utilisation de questions ouvertes ou fermées mais aussi d'échelles d'évaluation comme la HADs (Annexe3). On la retrouve d'ailleurs aussi dans l'étude de M.Reich. et al, qui recommande d'utiliser cette échelle de dépistage d'auto-évaluation HADs qui a pour avantage d'exclure les items somatiques (évitant de majorer les scores à cause des effets somatiques propres à la maladie cancéreuse). Comme on l'a précisé auparavant, la prévalence des troubles dépressifs est maximale durant les semaines qui suivent le diagnostic et conserve des taux plus élevés que dans la population générale [12]. C'est donc lors des premières semaines suivant l'annonce de la maladie cancéreuse, que le patient est le plus vulnérable, et doit être

soutenu, autant que surveillé pour dépister et traiter la survenue d'un épisode dépressif. Cependant, les auteurs précisent que ces évaluations doivent se faire à distante de l'annonce (au moins une semaine) et en l'absence de tous syndromes douloureux incontrôlés qui pourraient fausser les résultats. Le médecin généraliste peut tout à fait convenir à cette surveillance et ce rôle de soutien. Dans l'étude de A.Bouregba. et al, ils précisent l'importance de ce soutien, avec la notion d'empathie vis-à-vis de la douleur psychique et surtout de la relation de confiance entre le médecin et son patient permettant de rendre supportable ce passage [17]. Ils précisent même quelques modalités de support, tel que le respect des croyances, et le fait de tenir un discours clair, loyal et rigoureux. En revanche, dans cette étude, les auteurs utilisent le terme générique de « médecin » sans pour autant préciser s'il s'agit du médecin généraliste ou d'un praticien hospitalier. Finalement, il n'y a que dans l'étude de W.Rhondali et al, que le médecin traitant trouve bien sa place [14]. Dans leur discussion, celui-ci est cité au côté de l'oncologue dans les différentes étapes de la prise en charge. Le rapport pluridisciplinaire est lui aussi bien établi, avec la description de la relation qu'il peut avoir avec les spécialistes hospitaliers en cas de besoin (psychiatres, oncopsychiatres et oncologues).

**Force et limites de l'étude**

La force de notre étude réside dans sa méthode. Il s'agit donc d'une revue systématique de la littérature faisant un état des lieux complet sur les dix dernières années. L'échantillon de base de 25.764 textes est plus que significatif. La recherche est d'ailleurs réalisée sur plusieurs sources (PubMed, LISSa et CisMef) ce qui permet de donner plus de puissance. Les critères d'inclusions ont permis d'obtenir des textes pertinents de qualité, et ce grâce à l'inclusion des études avec un niveau de preuve satisfaisant. Les données sont aussi récentes. En ne sélectionnant que des études de

moins de dix ans, cela garantit des données à jour par rapport à l'évolution actuelle des pratiques et des recommandations en matière de cancérologie et de psychiatrie. Enfin, il s'agit d'un travail qualitatif avec une analyse rigoureuse et impartiale sans conflit d'intérêt.

Même si nous avons des études récentes et françaises de qualité, le fait d'écarter des études plus anciennes ou étrangères peut constituer un biais de sélection important en limitant le nombre de donnés qui pourraient être issues de la littérature. De plus, et ce malgré une méthode rigoureuse et qualitative de lecture et recueil des différentes données retrouvées dans les textes, il peut y avoir un biais de confirmation, dû à une mauvaise interprétation des sources et/ou la non exploitation de certaines données jugées, à tort, non pertinentes. Lors de la sélection des textes, et en particulier lors de l'étape d'application des critères d'exclusions, un biais d'information est inévitable, même si celui-ci est limité au maximum par la rigueur de la méthode de sélection. Il faut d'ailleurs noter qu'un des textes n'a pu être obtenu, et a donc été exclu malgré une inclusion après la lecture du résumé de celui-ci.

**Perspectives et ouverture**

Dans la réalité des faits, quand le diagnostic de cancer est posé et que le patient se retrouve totalement pris en charge dans la spirale oncologique, il échappe alors au médecin généraliste qui se retrouve un peu à l'écart des décisions. Le patient lui-même n'a pas forcément assimilé tous les éléments de sa prise en charge, et seuls les courriers de correspondance permettent de savoir ce qui se passe, quand ceux-ci arrivent en temps et en heure. Les médecins généralistes se retrouvent alors à gérer les à-côtés, comme le suivi des pathologies chroniques préexistantes ou des éléments administratifs qui peuvent découler de la maladie cancéreuse. C'est lors de ces consultations que dans son rôle de médecin traitant, il est possible de reprendre la

main sur certains éléments et de dépister la présence éventuelle de symptômes de souffrances psychologiques. Il peut alors s'agir de symptômes existants objectifs ou alors de faits rapportés par l'entourage. La difficulté sera alors de bien différencier les signes de dépression, des signes liés à la maladie cancéreuse ou ses traitements. Il faut porter une attention particulière aux symptômes cognitifs et affectifs non directement liés à l'état somatique comme l'auto-dévalorisation, la culpabilité, l'indifférence, le pessimisme, et les idées noires ou suicidaires. Comme il est montré dans notre étude, le rôle du médecin généraliste est triple et se situe donc à tous les niveaux de la prise en charge de la maladie psychiatrique. Mais comme nous l'avons aussi montré, la plupart du temps, ce rôle est à peine défini au profit des spécialistes.

Selon l'étude de K.Ell et al. parue dans le Journal of Clinical Oncology en 2008 [18], le meilleur modèle de répartition des tâches et de prise en charge de la souffrance psychologique d'un patient atteint d'un cancer, est celui coordonné par l'oncologue du diagnostic au traitement. Cette étude est reprise par les référentiels inters régionaux en soins oncologiques de support issus de l'AFSOS dans la version datant de décembre 2011. Quand on analyse les publications dans d'autres pays, la situation n'est pas la même. Si l'on prend l'exemple des Pays-Bas avec l'étude de F. Warmenhoven et al, parue dans « Annals of Family Medecine » en 2012 [19], le médecin de famille dispose d'un réel atout lui permettant de dépister les signes de souffrance psychologique. Il connait son patient dans toute sa globalité, son contexte, ses facteurs socio-éco-familiaux et ses croyances, ainsi que son vécu qui rentre en ligne de compte. Il connait les supports qu'il peut avoir et les manques qui pourront précipiter une situation psychique. Ce n'est pas le cas de l'oncologue, qui ne connait le patient que dans l'histoire récente de sa maladie et qui le rencontre dans un contexte qui peut être pourvoyeur de stress (en particulier en cas d'hospitalisation en oncologie). En s'éloignant un peu, au Canada, avec l'étude de G.Breau et al, parue en

2014 dans le « Canadian Oncology Nursing Journal » [20], quand on demande aux oncologues d'un centre de cancérologie dispensant des soins tertiaires, de préciser le type d'aide vers lequel ils aiguillent les patients pour la prise en charge de la dépression, 65% d'entre eux dirigent le patient vers le médecin de famille ou le service de référence général de l'équipe d'oncologie psychosociale du centre de prise en charge. Ceci montre bien que le médecin traitant est ici considéré comme une ressource pour la prise en charge de la souffrance psychologique. Il y a donc une inspiration à prendre de ces pays qui reconnaissent le rôle clé et central que doit avoir le médecin généraliste dans la prise en charge de la souffrance psychologique.

# Conclusion

La prise en charge de la souffrance psychologique des patients atteints d'une maladie cancéreuse est un véritable challenge pour les soignants, tant en termes de diagnostic du fait de la complexité et de l'intrication des signes clinique, somatique et psychique, qu'en termes de prise en charge et de suivi thérapeutique. Cette prise en charge doit être pluridisciplinaire, d'ailleurs ceci est bien intégré par la plupart des auteurs sus-cités, mais il faut que les choses évoluent et que, non seulement le rôle du médecin généraliste soit mieux défini, mais qu'en plus il soit clairement cité dans les procédures et algorithmes. Des éléments de dépistages et de diagnostics existent, des guidelines de traitements sont disponibles, comme les moyens de communication entre les spécialistes. Seule l'implication des médecins généralistes reste à définir pour faciliter et encourager la mise en œuvre d'une vraie coopération pluridisciplinaire dans la prise en charge des patients. Cet état des lieux nous montre les limites et les manquements actuels, mais ne doit pas se limiter à un constat. Il doit pouvoir servir de socle pour un travail ayant comme but une avancée significative dans le domaine.

[1] Duyckaerts C. - Anatomie pathologique – Université Pierre et Marie Curie - CHUPS Jussieu – Janvier 2003.
[En ligne] http://www.chups.jussieu.fr/polys/anapath/Cours/POLY.Chp.4.5.html Consulté le 2 Février 2017.

[2] INVS - Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 – Communiqués de presse - Juillet 2013.
[En ligne] http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communiques-de-presse/2013/Evolution-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012 Consulté le 16 Février 2016

[3] E.Cancer | Institut National du Cancer - Les cancers en France : faits et chiffres - Edition 2015.
[En ligne] http://www.e-cancer.fr/content/download/142167/1769928/file/Les%20cancers%20en%20france%20-%20Edition%202015%20-%20Faits%20et%20chiffres.pdf Consulté le 3 Avril 2017

[4] E.Cancer | Institut National du Cancer - Cancers : les chiffres clés - Qu'est-ce qu'un cancer ? – Février 2016.
[En ligne] http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles Consulté le 3 Avril 2017

[5] Godard J. – Livre Blanc : Médecine général et Cancer. Neuilly-sur-Seine : Collège de la Médecine générale ; Mai 2013, 18p.
[En ligne] http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/09_medecine_generale_et_cancer.pdf Consulté le 3 Avril 2017

[6] WONCA Europe - Définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille – 2002.
[En ligne] http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf Consulté le 3 Avril 2017.

[7] Altmeyer A. - Répercussion psychologique du cancer – Formation réseau Oncolie – 2009.
[En ligne] https://www.chu-besancon.fr/3c/psy_5fev09.pdf Consulté le 3 Avril 2017

[8] Beck F. - Regards sur le cancer : représentations et attitudes du public – Rapport INPES : Evolution n°4 – Décembre 2006.
[En ligne] http://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/INPES/2006_inpes%20regards%20sur%20le%20cancer%20représentation.pdf Consulté le 3 Avril 2017

[9] La Ligue contre le Cancer - "Parlons du soutien psychologique" – Brochure - Mai 2008.
[En ligne] https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/soutien-psychologique_0.pdf Consulté le 3 Avril 2017

[10] DAUCHY S. - Troubles Psychiatrique en Oncologie : éviter la perte de chance – 11ème Congrès de l'ANP3SM - Juin 2013.

[En ligne] http://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2014/06/Sarah_DAUCHY.pdf Consulté le 3 Avril 2017

[11] Fiche ECN Conf+ - Troubles anxieux, troubles phobiques, troubles obsessionnels compulsifs, troubles conversifs, état de stress.
[En ligne] http://www.conf-plus.com/sites/default/files/451041_123.pdf Consulté le 3 Avril 2017

[12] HAS Santé - Affections Psychiatriques de longue durée et Troubles Anxieux graves – Guide ALD - Juin 2007.
[En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf Consulté le 3 Avril 2017

[13] Riquier G. -Troubles anxieux et phobiques – PsyCOM - Décembre 2016.
[En ligne] http://www.psycom.org/Accueil/Troubles-psychiques/Troubles-anxieux/(language)/fre-FR Consulté le 3 Avril 2017

[14] HAS Santé - Critères d'un épisode dépressif majeur DSM-IV-TR – Annexe 2 Décembre 2011.
[En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/maladies_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_annexe_2.pdf Consulté le 3 Avril 2017

[15] Nezelof S, Vandel P. Cancer and depression: epidemiologic aspects. Encephale 1998;24(spec 2):59-65.

[16] Marx G, Gouvain-Piquard A, Saltel P. Anxiety, depression, cancer: clinical aspects . Encephale. 1998;Hors série 2:66-71.

[17] Corruble E, Hardy P. Les syndromes dépressifs en cancérologie : signification et prise en charge – Université Rouen - Octobre 2004.
[En ligne] http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=7729 Consulté le 3 Avril 2017

[18] INCa, Institut National du Cancer - La vie deux ans après un diagnostic de cancer – Janvier 2012 - INSERM (producteurs), ADISP-CMH (diffuseur).
[En ligne] http://www.cmh.ens.fr/greco/enquetes/XML/lil-0967.xml Consulté le 3 Avril 2017

[19] La Ligue Nationale contre le Cancer - Observatoire sociétal des cancers – Rapport 2012 - Avril 2013.
[En ligne] http://www.leciss.org/sites/default/files/Observatoire-societal-cancers-Rapport-2012.pdf Consulté le 3 Avril 2017

[20] Boehmke MM,Dickerson S.S. The diagnosis of breast cancer : transition from health to illness. Oncol Nurs Forum. 2006;33(6):1121-7.

[21] DiMatteo R. - Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis – Health Psychology 2004. vol 23, n° 2, 207-218

[22] Inagaki T, Yasukawa R, Okazaki S. & al - Factors disturbing treatment for cancer in patients with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci. 2006;6(3);327-31.

[23] Dauchy S. - Apport de la psycho-oncologie à l'éthique du soin – Société Française de Psycho-Oncologie - Juin 2015.

[En ligne] http://www2.oncobn.fr/wp-content/uploads/2015/06/Apport-de-la-psychooncologie-à-l'éthique-du-soin.pdf Consulté le 3 Avril 2017

[24] Le GERCOR - Troubles Emotionnels provoqués par le Cancer.
[En ligne] http://www.canceronet.com/public/traitements/traitement12.asp Consulté le 3 Avril 2017

[25] Pr. Baillet - Cancérologie générale : Principe de prise en charge du patient cancéreux (chapitre 7) – Université Pierre et Marie Curie - CHUPS Jussieu – Octobre 2015.
[En ligne] http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.7.2.html Consulté le 3 Avril 2017

[26] Gouvernement. Définition : Plan Cancer mai 2016.
[En ligne] http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-cancer Consulté le 11 Octobre 2016

[27] Gouvernement. Plan Cancer n°3 Février 2014, Projet porté par Marisol Touraine – Mis à jour le 12 mai 2016.
[En ligne] http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-cancer Consulté le 11 Octobre 2016

[28] INCa, Institut National Du Cancer - Objectif 9 : Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle - Les 17 objectifs du Plan | Plan cancer 2014-2019.
[En ligne] http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Les-17-objectifs-du-Plan/Objectif-9-Diminuer-l-impact-du-cancer-sur-la-vie-personnelle Consulté le 11 Octobre 2016

BIBLIOGRAPHIE Deuxième partie : L'article

[1] Théry JC, Even C, de La Motte Rouge T, Vignot S. Épidémiologie des cancers. EMC - AKOS 2014, 9(4):1-7.

[2] Cutuli B. Reflexion about new strategies of radiotherapy for early breast cancer. Bull Cancer. 2016;103(6 suppl1):105-9.

[3] Gardet E, Tabutin M, Couraud S et al. Long-term results of lung cancer surgery in octogenarians. Rev Pneumol Clin 2016;72(1):3-9

[4] Nezelof S, Vandel P. Cancer and depression: epidemiologic aspects. Encephale. 1998;Hors série 2:59-65.

[5] Marx G, Gouvain-Piquard A, Saltel P. Anxiety, depression, cancer: clinical aspects . Encephale. 1998;Hors série 2:66-71.

[6] Fish M. Teatment of depression in Cancer. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004 ;(32):105-11.

[7] Mitchell AJ, Chan M, Bhatti et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol. 2011;12(2):160-74.

[8] Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG et al. Dépression and anxiety disorder in palliative cancer care – J Pain Symptom Manage. 2007;33(2):118-29

[9] Boehmke MM, Dickerson, S.S. The diagnosis of breast cancer : transition from health to illness. Oncol Nurs Forum. 2006;33(6):1121-27.

[10] Barrière J, Cherikh F, Pringuey D, Milano G, Ferrero JM. Antidepressants in oncology: issues and clinical perspectives. Bull Cancer. 2008;95(11):1103-11.

[11] Martin LR, Willians SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challende of patient adherence – Ther Clin Risk Manag. 2005;1(3):189-99.

[12] DiMatteo MR. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. Health Psychol. 2004;23(2):207-18

[13] Chabrier M, Bezy O, Mouret M, Bay J, Jalenques I. Impact of depressive disorders on adherence to oral anti-cancer treatment. Bull Cancer. 2013;100(10):1017-22.

[14] Rhondali W Chirac A, Celles L, Filbet M. Depression and advanced cancer: agreement between different screening strategies. Bull Cancer. 2014;101 (2):137-43.

[15] Gedda M. French translation of the PRISMA Reporting Guidelines for writing and reading systematic reviews and meta-analyses. Kinesither Rev 2015 ;15(157):39-44.

[16] Reich M. Depression in oncology. Cancer Radiother. 2010;14(6-7):535-8.

[17] Bouregba A, Dallaserra M, Lebret T. The announcement of a diagnosis of metastasis: psychological difficulties for the patients. Prog Urol. 2008;18(suppl7):213-8.

[18] Ell K, Xie B, Quon B, Quinn DI, Dwight-Johnson M, Lee PJ. Randomized Controlled Trial of Collaborative Care Management of Depression Among Low-Income Patients With Cancer. J Clin Oncol. 2008;26(27):4488-96.

[19] Warmenhoven F, Van Rijswijk E, Van Hoogstraten E et al. How Family Physicians Address Diagnosis and Management of Depression in Palliative Care Patients. Ann Fam Med. 2012;10(4):330-6.

[20] Breau G. Depression screening and management practices at a tertiary care cancer centre. Can Oncol Nurs J. 2014;24(1):11-9.

[21] Barrière J, Mari V, Cherikh F, Largillier R, Ettaiche M, Schiappa R. Adaptation and validation of a brief screening questionnaire of depressive disorders in patients with cancer: Q2i study. Bull Cancer. 2016;103(2):138-47.

[22] Berthet L. "Psychogenesis" of cancer: attribution or reality? Presse Med. 2009;38(6):1016-18.

[23] Fantini C, Pedinielli J-L, Manouvrier S. Psychological distress in applicants for genetic screening for colorectal cancer. Encephale. 2007;33(2):117-23.

[24] Ferkih-Romdhan F, Othman S, Sahnoun C, Helayem S, Abbes Z, Bouden A. Anxiety disorders in type 1 neurofibromatosis: A case report. Arch Pediatr. 2015;22(9):956-60.

[25] Vandenbos F, Fontas E, Pop D, Perrotin C, Venissac N, Mouroux J. Impact of pulmonary rehabilitation after lung resection for cancer on patients' level of anxiety and depression. Rev Mal Respir. 2015;32(9):921-9.

[26] Stulz A, Boinon D, Dauchy S, Delaloge S, Brédart A. Psychological adjustment in couples facing woman's breast cancer: perceptions of spousal support. Bull Cancer. 2014;101(7-8):690-7.

[27] Frambati L, Weber K, Canuto A et al. Prostate cancer and androgen deprivation: benefits of psychological counseling. Rev Med Suisse. 2013;9(373):369-70, 372-3.

[28] Brunault P, Toledano A, Aguerre C et al. Impact of late treatment-related radiotherapy toxicity, depression, and anxiety on quality of life in long-term breast cancer survivors. Bull Cancer. 2012;99(5):589-98.

[29] Boulaamane L, Essaadi I, Lalya I, M'rabti H, Errihani H. Quality of life and psychological state in patients with choroidal melanoma: longitudinal study. Bull Cancer. 2011;98(2):97-107.

[30] Cretin B, Echaniz-Laguna A, Meyer C, Blanc F, Sellal F. Apathy or depression? Do you have a nose for it ? Four case reports of paramedian frontal tumors. Rev Neurol Paris. 2010;166(8-9):704-10.

[31] Schraub S, Sancho-Garnier H, Velten M. Should psychological events be considered cancer risk factors ? Rev Epidemiol Sante Publique. 2009;57(2):113-23.

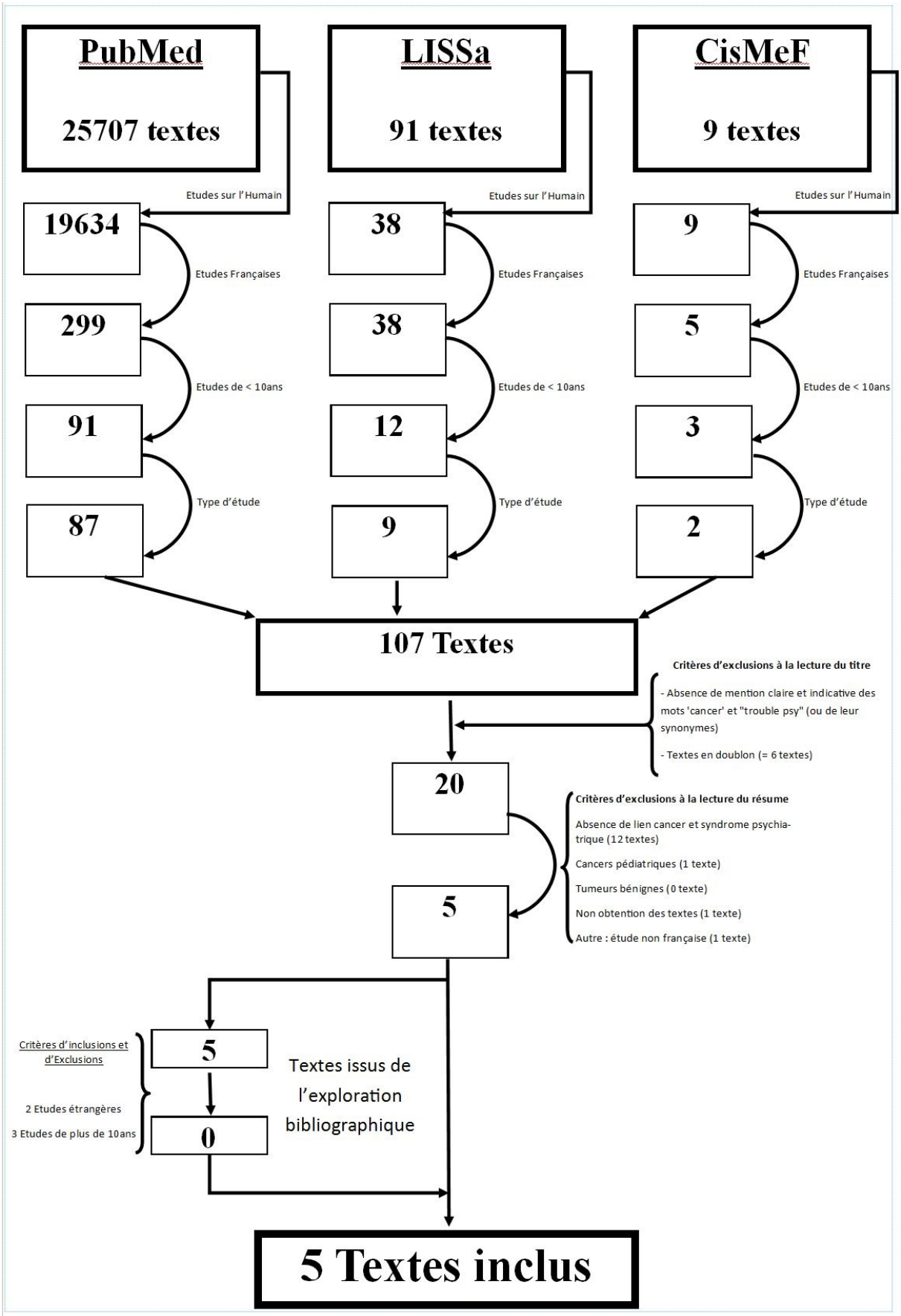
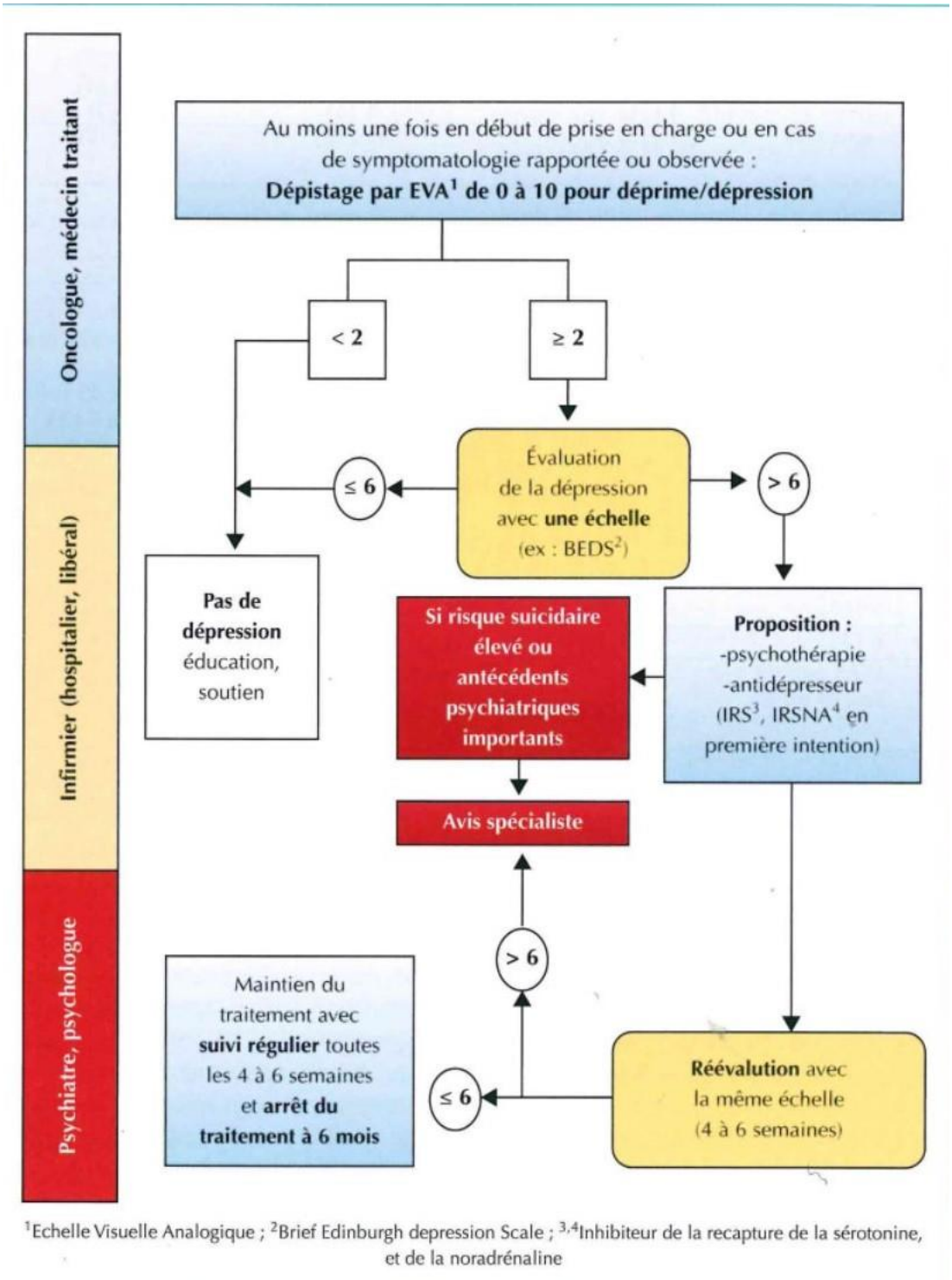



Figure 1 – Diagramme de flux

ANNEXES 2




[1]Echelle Visuelle Analogique ; [2]Brief Edinburgh depression Scale ; [3,4]Inhibiteur de la recapture de la sérotonine, et de la noradrénaline

Figure 2 – Algorithme de dépistage de répression – Etude Rhondali.

ANNEXES 3

# Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

**1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)**
- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

**2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois**
- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

**3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver**
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

**4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses**
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

**5. Je me fais du souci**
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

**6. Je suis de bonne humeur**
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

**7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)**
- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

**8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti**
- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

**9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué**
- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

**10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence**
- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

**11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place**
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

**12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses**
- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

**13. J'éprouve des sensations soudaines de panique**
- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

**14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision**
- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014
© Haute Autorité de Santé – 2014


Figure 3 – Echelle HADs.

INTRODUCTION

Le nombre de nouveaux cas de cancer en France était estimé à 385 000 en 2015. La survenue d'un cancer entraîne chez la personne des bouleversements émotionnels, des craintes et des préoccupations existentielles et ce malgré les progrès thérapeutiques. La représentation sociale du cancer demeure associée à, la mort, la douleur, et à l'incertitude de l'avenir. Souffrirons d'un syndrome dépressif 25% des patients cancéreux. Cette prévalence augmente en phase avancé, allant jusqu'à 77% en phase terminale. Il existe un sous-diagnostic des syndromes dépressifs, un retard, voir une absence de prise en charge de la souffrance psychologique. L'objectif principal de notre travail était de réaliser un état des connaissances issus de la littérature sur la prise en charge de la souffrance psychologique des patients atteins d'un cancer, en se focalisant sur le médecin généraliste.

METHODES

Revue systématique de la littérature. L'équation de recherche a été générée à partir de mots clés via le "Constructeur de Requêtes Bibliographiques Médicales" du CisMef. Les bases de données PubMed, LISSa et Doc'CisMef ont été explorée. Les titres des articles isolés ont été lu par deux chercheurs en appliquant les critères d'inclusions pré déterminés. Les résumés ont été lus et seuls les articles jugés pertinents ont été gardés.

RESULTATS

Sont ressortis 25764 textes de l'équation de recherche et 5 textes ont été retenus. Les résultats principaux retenus ont été : 1 - la prise en charge de la dépression en cancérologie s'inscrit dans un projet de soin global ; 2 – une définition de façon plus claire du rôle des différents professionnels dans la stratégie de dépistage, d'évaluation et de prise en charge de la dépression est nécessaire ; 3 - savoir qui du psychiatre, l'oncologue, ou du médecin traitant doit instaurer un traitement par antidépresseur demeure une question débattue. 4 - La capacité d'empathie du praticien est à la base de la confiance du patient vis-à-vis de son médecin. Le médecin élève quelquefois ses croyances au titre de connaissance. 5 - Le médecin est l'un des facteurs du processus d'observance thérapeutique. Sa capacité à être disponible, à l'écoute des plaintes concernant les effets secondaires, et ses aptitudes à donner des informations pratiques sur la prise du traitement sont fondamentales.

DISCUSSION :

Cette étude montre que l'intervention du généraliste est identifiée dès le début de la maladie cancéreuse avec un repérage de symptômes dépressifs éventuellement rapportés par l'entourage. Celui-ci intervient dans la proposition thérapeutique, une fois le diagnostic établi. Les traitements sont adaptés, prenant en compte le risque d'interactions avec le traitement spécifique oncologique. Le médecin généraliste assure un suivi régulier, permettant, réévaluation mensuelle du traitement et son bénéfice. Le rôle du médecin généraliste reste sous-évalué et très souvent mis de côté au profit de spécialistes hospitaliers. Aucune recommandation n'existe. La France pourrait rattraper son retard vis-à-vis du Canada et des Pays-Bas. Cet état des lieux montre les limites et les manquements actuels, mais ne doit pas se limiter à un constat. Il doit servir de socle pour un travail ayant comme but une avancée significative.

Mots clés : Médecine Générale, Cancer, Stress psychologique, troubles anxieux, syndrome dépressif, soutien psychologique.

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !