Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016 **Thèse n°**

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

présentée et soutenue publiquement
le 28 janvier 2016 à Poitiers
par Mademoiselle RAMLOLL Sandy

Etat des lieux du dépistage de la dénutrition chez les patients atteints d'un cancer en médecine générale dans la région Poitou Charentes

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur TOURANI Jean Marc

Membres : Madame le Professeur SILVAIN Christine
Monsieur le Professeur TOUGERON David
Monsieur le Docteur FRECHE Bernard

Directeur de thèse : Madame le Docteur GAUTIER Emmanuelle

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

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
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
- 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
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie 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 réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- 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
- 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
- PAQUEREAU Joël, physiologie **(jusqu'au 31/10/2015)**
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- 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

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
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- 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

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

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
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- 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
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- 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)
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Marc TOURANI
Vous avez accepté de présider ce jury de thèse et j'en suis honorée. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur Christine SILVAIN
Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur David TOUGERON
Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bernard FRECHE
Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Emmanuelle GAUTIER
Tu m'as fait l'honneur et le plaisir de me proposer et de diriger ce sujet de thèse. Je te remercie pour ta patience, ton soutien, ta disponibilité et ton enseignement pendant l'élaboration de ce travail mais aussi pendant ces six mois de stage au sein du service d'oncologie.

A Madame le Docteur Claire MORIN-PORCHET
Merci de l'aide logistique que vous m'avez apporté pour ce travail de thèse

A toute l'équipe médicale et paramédicale du service d'oncologie du CHU de Poitiers
Pour votre accueil au sein de votre équipe pendant mes six mois de stage.

A Madame le Docteur Géraldine De Montgazon et à l'équipe de l'Unité Médicale Douleur Soins Palliatifs du Centre Hospitalier de La Rochelle *: Dorothée, Marie-Laure, Nathalie, Catherine, Isabelle, Sandrine, Anne-Laure, Elisabeth et Marylène.*
Merci pour votre gentillesse, votre pédagogie et votre accueil au sein de votre équipe pendant mes six mois de stage.

Aux médecins généralistes du Poitou-Charentes *qui ont eu l'amabilité de participer à cette étude.*

REMERCIEMENTS

A Julie et Randhir, mes parents
Pour votre amour, votre générosité et votre éternel soutien depuis tant d'années.

A Mathieu,
Merci pour ta présence, ton aide et ton amour qui illumine ma vie depuis que je t'ai rencontré.

A mon frère Yan
Pour ces années de colocation à Bordeaux !
Pour le temps et le soutien informatique que tu m'as consacré, qui ont permis l'acheminement de ce travail.

A ma sœur Smita et mon beau-frère Emi
Pour votre joie de vivre et votre soutien

A Catherine, Janie, Laura V. et Tomasz
Pour votre soutien durant toutes ces années d'études et pour la relecture de ce travail de thèse.

A tous mes amis qui ont croisés ma route au cours de mes études *: Wendy, Nafiisha, Jaimie,, Nicolas, Laetitia, Jenna, Claire, Daniel, Laura S., Sophie, Mélanie, Adrien, Lancia, Grégoire, Frédérique, Amandine, Géraldine, Anaïs et Anne-Charlotte.*

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 7
II. CONTEXTE ACTUEL ET DEFINITIONS 9
A. Epidémiologie des cancers en France et dans la Région Poitou Charentes 9
B. Epidémiologie de la dénutrition en oncologie 10
C. Rôle du médecin généraliste en cancérologie 11
D. Place des soins de support dans le Plan Cancer 11
E. Définition 12
F. Dépistage de la dénutrition 13
1. Les outils cliniques 13
2. Les outils biologiques : les protéines sériques 16
3. Les index nutritionnels 18
4. Les critères radiologiques 20
G. Physiopathologie de la dénutrition cancéreuse 21
1. Réduction des apports alimentaires 21
2. Augmentation des dépenses énergétiques 21
III. MATERIELS ET METHODES 24
A. Population et recueil de données 24
1. Diffusion du questionnaire 24
2. Critères d'inclusion 24
3. Critères de non inclusion 24
B. Création du questionnaire 25
C. Analyse statistique 25
IV. RESULTATS 26
A. Description de la cohorte de médecins généralistes ayant répondu au questionnaire 26
B. Outils utilisés pour le diagnostic de la dénutrition selon notre étude 30
1. Outils de diagnostic clinique 30
2. Evaluation des apports alimentaires 31
3. Outils de diagnostic biologique 31
C. Evaluation des connaissances sur la dénutrition et sa prise en charge 32
1. Evaluation des critères diagnostiques de la dénutrition 32
2. Cancers à haut risques de dénutrition 33
3. Facteurs déclenchants la prescription de compléments alimentaires 33
D. Mécanismes contribuant à la dénutrition et ses conséquences 33
E. Obstacles au diagnostic de dénutrition 34
V. DISCUSSION 35
A. Limites de l'enquête 35
1. 1. Taux de réponse 35
2. Biais de sélection 35
3. Biais d'une étude déclarative 35
4. Biais lié au recueil de données 35
B. Caractéristiques des répondants 36
C. Pratique de dépistage de la dénutrition 38
1. Au niveau clinique 38
2. Au niveau biologique 39
D. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste 39
1. Formation du médecin généraliste 39
2. Communication avec le spécialiste 40
3. Les limites sociales et psychologiques 41
E. Perspectives d'avenir 42
VI. CONCLUSION 43
VII. LISTE DES ABREVIATIONS 44
VIII. BIBLIOGRAPHIE 45
IX. ANNEXES 49
X. RESUME 58
XI. Serment d'hippocrate 59

I. INTRODUCTION

En 2012, selon l'Institut National du Cancer (INCA) (1), 355 000 nouveaux cas de cancer ont été estimés en France Métropolitaine avec un taux de mortalité (standardisé monde) estimé en 2012 en France métropolitaine à 103,4 pour 100 000 habitants. Les cancers sont devenus depuis 2004 la première cause de décès en France responsable de trois décès sur dix. La lutte contre le cancer est donc devenue une priorité nationale de santé publique d'où l'élaboration des plans cancer successifs. Le Plan Cancer 2009-2013 (2) réserve un rôle pivot au médecin traitant dans les différentes étapes du parcours de soins (prévention, dépistage, diagnostic et accompagnement du patient atteint de cancer).

Ce Plan Cancer 2009-2013 (2) recommande aussi par le biais de la mesure 11 de promouvoir des actions de prévention notamment en matière de nutrition. En effet, la dénutrition impacte directement le pronostic du cancer. Elle est un facteur prédictif péjoratif sur l'espérance de vie des patients et peut être aggravée d'une part par les conséquences fonctionnelles des traitements et de leurs toxicités, et d'autre part, par l'hypercatabolisme induit par le cancer lui-même. La dénutrition apparait donc comme une cible, aussi prioritaire que la douleur ou la prise en charge psychologique, dans la gestion d'un patient atteint de cancer ainsi que dans le cadre des soins de support.

En 2005 et en 2012, les deux études NUTRICANCER (3–5) avaient démontré que 39% des patients atteints d'un cancer présentaient une dénutrition et qu'un tiers des patients dénutris ne bénéficiait pas d'une prise en charge nutritionnelle. 37% des patients rapportaient n'avoir aucun suivi nutritionnel et les médecins n'identifiaient cette situation que dans 17% des cas. Ces études ont notamment mis en évidence que les médecins, qu'ils soient hospitaliers ou généralistes, sous estimaient significativement l'impact général de l'état nutritionnel.

Pour être traitée, la dénutrition doit d'abord être diagnostiquée et repérée comme cible prioritaire. Or en pratique courante, le dépistage de la dénutrition et l'évaluation de l'état nutritionnel restent des problèmes majeurs malgré les recommandations de l'HAS (6) car il n'existe pas de critère diagnostique absolu ou de « gold standard ». Un outil de dépistage doit en effet être simple, facilement reproductible, rapide à réaliser notamment en ambulatoire et acceptable par le patient.

Néanmoins, malgré cette volonté politique forte de mettre le médecin généraliste au centre de la prise en charge multidisciplinaire en association avec les oncologues et malgré les dernières recommandations concernant la prise en charge de la dénutrition en cancérologie, quel est la réalité des pratiques de dépistage de la dénutrition chez les patients atteints de cancer en médecine générale dans la Région Poitou Charentes?

Ce travail de réflexion se compose en 3 parties :

Dans un premier temps, nous étudierons le contexte épidémiologique des cancers et de la dénutrition en France et dans la région Poitou Charentes. Nous rappellerons la définition de la dénutrition et la physiopathologie de celle-ci en oncologie. Nous discuterons aussi de l'implication des médecins généralistes en cancérologie.

Dans un deuxième temps, nous décrirons l'étude réalisée auprès des médecins généralistes libéraux du Poitou Charentes qui nous permettra de faire l'état des lieux des pratiques de dépistage de la dénutrition et les obstacles à un bon dépistage chez les patients atteints de cancer.

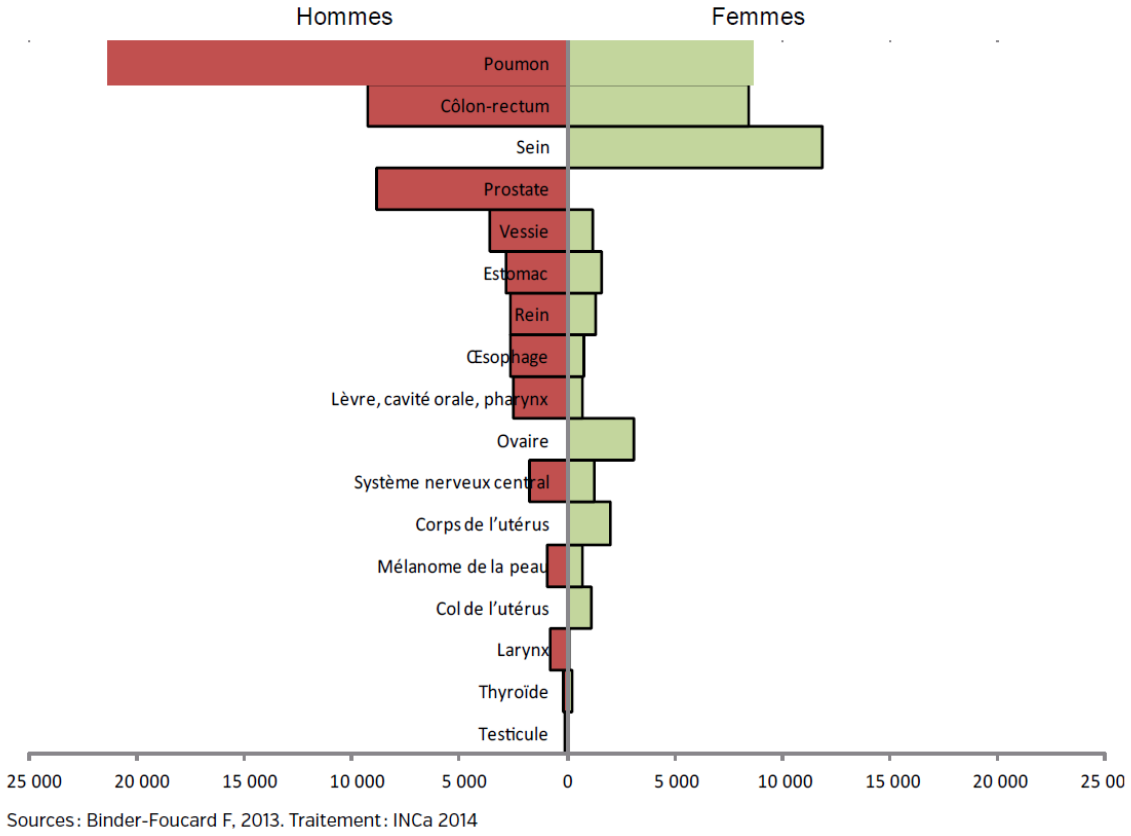
Enfin, la troisième partie confrontera les résultats de l'enquête aux données de la littérature et exposera les perspectives à entrevoir.

II. CONTEXTE ACTUEL ET DEFINITIONS

A. Epidémiologie des cancers en France et dans la Région Poitou Charentes

En 2012, le nombre de nouveaux diagnostics de cancer en France métropolitaine est estimé à 355 354 pour l'ensemble de la population (1).

Figure 1 : Classement des cancers par mortalité estimé en 2012 en France métropolitaine par localisations selon le sexe



Le Poitou-Charentes a un niveau de mortalité comparable à la France avec plus de 5160 décès annuels (2005-2007) et 10 095 nouveaux cas de cancers selon les dernières estimations du réseau Francim en 2005 (ORS Poitou-Charentes) (7) .
En 2009, 62 400 personnes du régime général d'assurance maladie bénéficiaient de l'affection de longue durée « tumeur maligne » soit 4,4 % de la population régionale du régime général.

En Poitou-Charentes (7), les cancers les plus fréquents chez les hommes sont le cancer de la prostate (2 273 nouveaux cas annuels estimés), le cancer colorectal (729 nouveaux cas annuels estimés) et le cancer du poumon (707 nouveaux cas annuels estimés). Le cancer du poumon reste néanmoins le plus meurtrier avec près de 85 décès annuels pour 100 000 habitants.

Chez les femmes (7), le cancer du sein demeure le cancer le plus fréquent avec 1 441 nouveaux cas annuels estimés. Le cancer colorectal représente 576 nouveaux cas annuels estimés et le cancer du corps de l'utérus représente 178 nouveaux cas annuels estimés.

B. Epidémiologie de la dénutrition en oncologie

La prévalence de la dénutrition dépend de la localisation tumorale (Tableau 1) (8) mais aussi du stade évolutif, des traitements entrepris et de l'âge.

Tableau 1 : Prévalence de la dénutrition en fonction de la localisation tumorale

Localisation	Prévalence en pourcentage
Pancréas	50-70%
Estomac, œsophage	45-60%
ORL	30-50%
Poumons	30-45%
Ovaires, utérus	20-45%
Sarcomes	30-35%
Côlon, rectum	20-40%
Prostate	10-15%
Sein	5-20%

Sources : Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme(8)

Les conséquences de cette dénutrition sont multiples selon les travaux de L. Vandenhove (9):

- **Conséquence fonctionnelle** : La dénutrition a un impact négatif sur le statut fonctionnel et la qualité de vie. L'augmentation du temps d'hospitalisation liée à la dénutrition peut entrainer un trouble de l'image corporelle qui peut être considéré comme une baisse de la qualité de vie.

- **Conséquence en économie de santé** : La dénutrition entraîne des complications (infectieuses, cutanées, etc.) et donc une augmentation des coûts de traitement ainsi qu'une durée d'hospitalisation accrue.

- **Conséquence sur la mortalité**

- **Conséquence sur la toxicité des chimiothérapies** : La relation entre la dénutrition et la toxicité de la chimiothérapie commence à être étudiée. Il est important d'essayer de connaitre les facteurs favorisants la survenue d'une toxicité élevée car elle entraine des reports de cures, des diminutions de doses voire un arrêt prématuré des thérapeutiques, ce qui peut représenter une « perte de chance » pour le patient qui ne pourra recevoir la totalité du traitement.

C. Rôle du médecin généraliste en cancérologie

La prise en charge du cancer a donné lieu à de nombreuses réflexions aboutissant sur le plan national à la mise en place du Plan Cancer I (2003-2007) puis du Plan Cancer II (2009-2013) (2) et enfin du Plan Cancer III (2014-2019) (10) régissant une nouvelle organisation des soins en cancérologie basée sur la globalité de la prise en charge, la pluridisciplinarité et le développement des outils de communication.

L'implication du médecin généraliste est vraiment mise en valeur dans le Plan Cancer II. Celui-ci comprend 30 mesures qui correspondent à 118 actions concrètes.

La mesure 16 est axée sur la prévention et le dépistage. Elle vise à impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.

La mesure 18 de ce Plan Cancer II vise à personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant par les actions suivantes :

- Coordonner les parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement grâce à des coordonnateurs de soins.
- Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance.
- Partager les données médicales entre professionnels de santé.

D. Place des soins de support dans le Plan Cancer

Un des objectifs du Plan Cancer 2014-2019 (10) est de préserver la continuité et la qualité de vie notamment par l'accès aux soins de support.

Les soins de supports répondent à des besoins qui peuvent survenir pendant la maladie et lors de ses suites et qui concernent principalement la prise en compte de la douleur, de la fatigue, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs, les handicaps et les problèmes odontologiques. Ils concernent aussi les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle et l'accompagnement de fin de vie.

Le Plan Cancer 2014-2019 préconise de :

- mettre en place, dès l'annonce et tout au long de la prise en charge, une détection systématique des besoins en soins de support et d'accompagnement, soutenue par le développement d'outils adaptés et par la formation et la sensibilisation des soignants à la détection de ces besoins.

- faciliter grâce aux programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer le passage de relais et la transmission d'informations sur les besoins détectés et les prises en charge déjà effectuées, et rendre ces informations accessibles aux différents professionnels de ville impliqués.

E. Définition

La dénutrition résulte d'un déséquilibre entre une insuffisance d'apport ou d'utilisation des nutriments et les besoins nécessaires au maintien du fonctionnement normal de l'organisme (8,11).
La dénutrition est donc un facteur favorisant l'apparition de la cachexie cancéreuse. Celle-ci est un syndrome multifactoriel de perte de masse musculaire squelettique, sans ou avec perte de masse grasse, réfractaire au support nutritionnel classique et altérant le pronostic de survie de la maladie cancéreuse (11).

Selon les recommandations de la Haute Autorité de la Santé (6), le diagnostic de dénutrition repose sur la présence de plusieurs critères :

- Chez le sujet de moins de 70 ans : une perte de poids supérieure ou égale à 10% en 6 mois ou 5% en un mois, une albuminémie inférieure à 30g/l et un indice de masse corporel (IMC) inférieur à 17.
- Chez le sujet de plus de 70 ans : une perte de poids supérieure ou égale à 10% en 6 mois ou 5% en un mois, une albuminémie inférieure à 35g/l et un indice de masse corporel (IMC) inférieur à 21.

La dénutrition est dite sévère lorsque:

- la perte de poids est supérieure ou égale à 15% en 6 mois ou 10% en un mois
- l'albuminémie est inférieure à 20g/l chez le sujet de moins de 70 ans et moins de 30g/l chez le sujet de plus de 70 ans
- un IMC inférieur à 18

La dénutrition altère la qualité de vie, augmente les coûts de traitement et les durées d'hospitalisation notamment du fait des complications post-opératoires et de la toxicité accrue des traitements (9). En conséquence, cette dénutrition concourt à provoquer des interruptions de traitement de radiothérapie ou des réductions de dose de chimiothérapie voire leur arrêt préjudiciable au contrôle local et à l'évolution favorable de la maladie.

F. Dépistage de la dénutrition

L'évaluation de l'état nutritionnel d'un malade fait appel aux méthodes anthropométriques, à la biologie et aux index nutritionnels (11–16).

1. Les outils cliniques

a) Le poids :

Le poids exprime l'état des réserves énergétiques de l'organisme. La mesure du poids est utile et simple à réaliser pour l'évaluation de l'état nutritionnel (17). Une dénutrition entraîne une diminution du poids tandis que la renutrition l'augmente. Il existe cependant des limites cliniques à l'interprétation de cette mesure. En particulier, une fonte musculaire peut être masquée en cas d'obésité ou d'œdèmes. Prise isolément, elle reste aussi peu interprétable pour le diagnostic d'une dénutrition en l'absence de données complémentaires comme la taille ou une valeur de poids mesurée antérieurement.

b) L'Indice de Masse Corporelle (IMC) :

C'est le rapport poids (kg) / [taille en m]^2. Il s'exprime en kg/m^2 (17). L'interprétation de l'IMC se fait par rapport à des valeurs de référence dite de normalité : chez l'homme avant 70 ans, les valeurs normales sont comprises entre 18,5 et 25 kg/m^2.

c) Les plis cutanés :

Le pli cutané (17) consiste en une double couche de peau et de graisse sous-cutanée qui donne une estimation de la masse grasse de l'organisme. Son utilisation dans l'évaluation de l'état nutritionnel est basée sur l'hypothèse qu'il existe une relation constante entre la masse grasse totale et l'épaisseur de la graisse sous-cutanée mesurée à certains endroits. Les plis cutanés le plus couramment mesurés sont les plis cutanés tricipital, bicipital, supra-iliaque et sous-scapulaire. Leurs valeurs sont exprimées en millimètres.
Cette mesure est techniquement facile à faire en ambulatoire et peu coûteuse mais nécessite un bon entrainement de l'examinateur.

d) Les mesures de circonférence :

La mesure de la circonférence des membres (17) permet d'estimer l'état de la masse musculaire et de la masse grasse. Les mesures sont exprimées en centimètres.
La circonférence musculaire brachiale (CMB) est un bon reflet de la masse musculaire. On mesure préalablement la circonférence brachiale (CB) à l'aide d'un centimètre de couturière et on mesure l'épaisseur cutanée tricipitale (ECT). La CMB est calculée par la formule suivante : CMB= CB-(0,314 X ECT). Les seuils de dénutrition sont :

- pour la femme : CMB inférieure à 19 cm
- pour l'homme de moins de 65 ans : CMB inférieure à 24 cm
- pour l'homme de plus de 65 ans : CMB inférieure à 22 cm

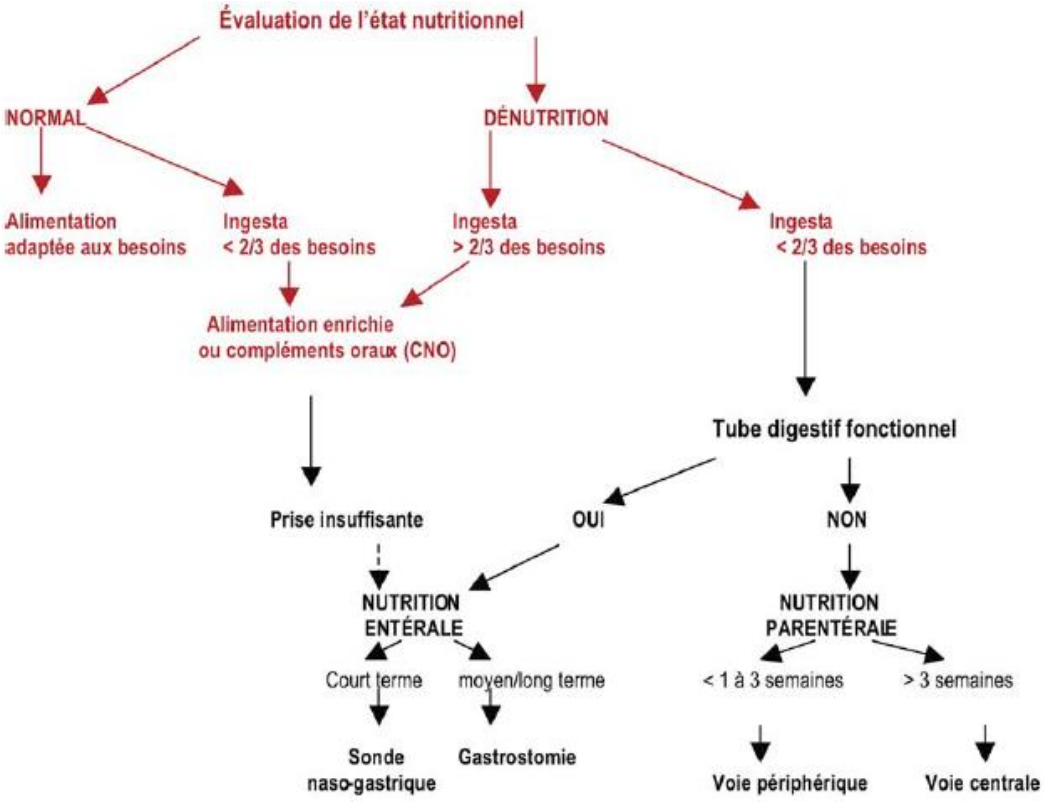
e) L'évaluation des ingesta

En ambulatoire, une évaluation quantitative n'est pas réalisable sans avoir recours à une diététicienne (11,17). Néanmoins certaines alternatives sont possibles :

- Rappel des consommations alimentaires sur les 24 dernières heures ou description d'une journée alimentaire standard. Cette méthode permet au patient de définir ses consommations alimentaires chronologiquement dans la journée. Le rappel repas par repas est certes un bon guide pour mener l'entretien, mais il laisse dans l'ombre les consommations extra-prandiales, très fréquentes.

- Réalisation d'une enquête semi-quantitative en trois classes : ingesta normaux ou subnormaux, ingesta diminués (aux alentours de 50%), ingesta nuls

- Utilisation d'une échelle standardisée sur le principe de l'échelle analogique visuelle (EVA) ou verbale, analogue à celle de la douleur. Il est demandé au patient de s'autoévaluer en gradant (de 0 à 10) sa prise alimentaire actuelle par rapport à celle habituelle. Ceci est simple et réalisable en ambulatoire et permet d'évaluer rapidement les ingesta du patient pour ainsi proposer ou non une prise en charge par compléments oraux.



D'après Crenn P. Nutrition entérale de l'adulte. EMC Gastroentérologie, Paris Elsevier-Masson 2009.

La prise en charge initiale de première intention est indiquée en rouge. Elle peut se pratiquer en ambulatoire. Nutrition entérale et parentérale peuvent se poursuivre dans certains cas en ambulatoire (à domicile : NEAD et NPAD) en lien avec un centre spécialisé.

CNO : compléments nutritionnels oraux.

Figure 2: arbre décisionnel de la prise en charge de la dénutrition en ambulatoire puis spécialisé (11)

2. Les outils biologiques : les protéines sériques

Les protéines nutritionnelles sériques qui sont habituellement considérées comme des marqueurs nutritionnels sont au nombre de quatre (13) : l'albumine, la transthyrétine ou préalbumine, la transferrine et la protéine vectrice du rétinol (*Retinol Binding Protein RBP)*. Ces protéines circulantes sont le reflet du statut protéique viscéral. La sensibilité de ces protéines comme indicateur nutritionnel dépend de leur demi-vie : plus la demi- vie est courte (préalbumine, protéine vectrice du rétinol), plus la protéine est sensible à une diminution d'apport protéino-énergétique.

	Taux sérique	Demi vie
Albumine	35 à 45 g/l	12 à 20 jours
Transférine	2,4 à 3,2 g/l	8 jours
Transthyrétine ou pré-albumine	0,24 à 0,32 g/l	2 jours
Retinol Binding Protein (RBP)	65 à 75 g/l	12h

Tableau 2 : Taux sériques des marqueurs de la dénutrition et leur demi-vie (17,18)

L'**albumine** est le marqueur nutritionnel le plus couramment utilisé. En effet, la synthèse de l'albumine, exclusivement hépatique, est fortement influencée par l'état nutritionnel (13).
Elle est synthétisée par le foie au rythme de 120 à 200 mg/jour/kg de masse corporelle. Le pool de l'albumine est d'environ 3,5 à 5 g/kg de masse corporelle et 35 à 40 % de l'albumine se situent dans l'espace intravasculaire. Les principaux sites de catabolisme de l'albumine sont le tractus digestif et l'endothélium vasculaire. Environ 6 à 10 % du pool sont catabolisés par jour.
Cependant, elle ne permet pas de suivre l'efficacité à court terme d'un support nutritionnel en raison de sa demi-vie longue (20 jours). Sa synthèse est également fortement influencée par l'état inflammatoire et sa concentration plasmique résulte aussi de l'état hémodynamique (œdèmes, hémodilution, extravasation) et hépatocellulaire du malade.

La **protéine C réactive (CRP)** est synthétisée par le foie (concentration < 5 mg/L). Elle joue un rôle dans la réponse immunitaire, en se fixant sur les immunoglobulines G et en activant le système du complément. La CRP est un marqueur précoce, sensible et spécifique de la réaction inflammatoire augmentant proportionnellement à son intensité. Elle apparaît dans les six heures suivant l'inflammation aiguë : son taux sérique est maximal après deux jours. L'évaluation de la réponse inflammatoire est importante dans la mesure où elle favorise la dénutrition par une augmentation du catabolisme et une diminution de la protéosynthèse musculaire. Cette réponse inflammatoire est présente chez plus de 50 % des patients cancéreux.

La **pré-albumine** ou **transthyrétine** est synthétisée par le foie. Sa demi-vie plasmatique est de 2 jours et elle possède un site de liaison pour la RBP (avec laquelle elle circule sous forme de complexe protéique). Dans les conditions normales, environ 50 à 70 % de la pré-albumine circule sous la forme complexe.
Les valeurs normales chez l'adulte sont estimées entre 250 et 350 mg/l. C'est un marqueur de l'état nutritionnel qui donne une indication rapide des variations en

apports protéiques et/ou énergétiques, ce qui le rend utile comme marqueur lors de la renutrition.

La **RBP** est synthétisée par le foie et est présente à des concentrations sériques comprises entre 65 et 75 mg/l avec des variations importantes liées au sexe et à l'âge. Sa réponse rapide lors de la renutrition permettrait son utilisation comme marqueur précoce de la renutrition mais son dosage est techniquement difficile.

Quant à la **transferrine** (aussi synthétisée par le foie), sa concentration sérique varie dans de nombreuses circonstances physiopathologiques (carences martiales, hépatites aigües) indépendamment de l'état nutritionnel et serait moins informative que les dosages de l'albuminémie et de la pré-albuminémie. Elle pourrait être utile comme marqueur de la dénutrition chez l'obèse.

3. Les index nutritionnels

Il n'existe pas de méthode idéale d'évaluation de l'état nutritionnel. Le développement d'index résultant de l'association de différents marqueurs biochimiques, anthropométriques ou cliniques a été réalisé depuis plusieurs années (12–14,16,17,19,20). Ces index prédisent et quantifient avec une sensibilité et une spécificité plus ou moins grande, les risques de complications.

a) Nutritional Risk Index (NRI)

Développé par Buzby et son équipe (16,17), le NRI a deux composantes essentielles: l'albuminémie et la perte de poids par rapport au poids habituel (défini comme étant le poids maximal mesuré dans les deux à six mois précédents). Il est défini par l'équation suivante :

NRI : [1,519 X albuminémie (g/l)] + 41,7 X [poids actuel/poids habituel (kg)]

avec une répartition des malades en 3 classes :

- NRI > 97,5 : pas de risque de complication
- 97,5 > NRI > 83,5 : risque modéré
- NRI < 83,5 : risque important

Il a été développé chez des patients candidats à une laparotomie ou une thoracotomie programmée (non urgente). C'est un index prédictif de complications post-opératoires qui n'a jamais fait l'objet d'une validation spécifique.

b) Mini Nutritional Assessment (MNA)

Le *Mini Nutritional Assessment* (MNA®) a été développé par Guigoz et Vellas en 1991 pour l'évaluation du risque de dénutrition chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Cet outil consiste en un questionnaire composé de 18 items se rapportant à des données de l'interrogatoire, des mesures de paramètres anthropométriques simples, une enquête alimentaire et des mesures biochimiques (*Annexe 2*).

c) L'index pronostique inflammatoire et nutritionnel (PINI)

Selon Ingenbleek et Carpentier (17,21), les concentrations des protéines dites nutritionnelles étant influencées par l'état inflammatoire, ils ont donc proposé de construire un index pronostique à partir des marqueurs biochimiques de l'état nutritionnel. Cet index prendrait en compte le niveau des protéines de l'inflammation. Quatre marqueurs ont été analysés et agrégés dans une formule :
- l'albumine et la transthyrétine parmi les marqueurs de l'état nutritionnel
- la C-réactive protéine (CRP) et l'orosomucoïde parmi les marqueurs de l'inflammation.

L'utilisation concomitante de la CRP et de l'orosomucoïde permettait de détecter les états inflammatoires (critères cliniques non précisés) avec une sensibilité de 98 à 99%.

$$\text{PINI} = \frac{CRP \ X \ Orosomucoïde}{Albumine \ X \ Transthyrétine}$$

(Avec la CRP en mg /l, l'orosomucoïde en mg/l, l'albumine en mg/l et la transthyrétine en mg/l)

Cinq classes de risque (de complications) ont été définies pour l'interprétation du PINI :
- PINI < 1 : patients non infectés
- PINI compris entre 1 et 10 : risque faible
- PINI compris entre 11 et 20 : risque modéré
- PINI compris entre 21 et 30 : risque élevé
- PINI > 30 : risque vital

4. Les critères radiologiques

Plusieurs études récentes (22–28) suggèrent que l'évaluation des masses viscérales maigres et grasses c'est-à-dire la sarcopénie viscérale, diagnostiquée par tomodensitométrie abdominale, pourrait être un élément déterminant de l'évaluation nutritionnelle en oncologie.

La sarcopénie désigne la diminution de la masse (sur absorptiométrie biphotonique ou scanner essentiellement) et de la force (*handgrip*) musculaire, par rapport à une population jeune de référence, associées à une baisse des performances physiques, entraînant une diminution de l'autonomie. L'origine de la sarcopénie semble multifactorielle.

Dans la plupart de ces études, la sarcopénie était mesurée par tomodensitométrie abdominale sur une coupe au niveau de la 3ème vertèbre lombaire (L3). Les images étaient par la suite analysées à l'aide d'un logiciel SliceOmatic© 5.0 software pour calculer la surface spécifique des différents tissus présents à ce niveau (tissus musculaires, tissus osseux, tissus adipeux, tissus viscéraux et tissus sous cutanées). Ce logiciel repose sur la différence de densité des tissus. Le patient est considéré sarcopénique s'il a un indice de masse musculaire squelettique inférieur à 52,4 cm^2/m^2 pour l'homme et inférieur à 38,5 cm^2/m^2 pour la femme.

L'étude de la sarcopénie par tomodensitométrie s'est révélée être un facteur prédictif des toxicités des chimiothérapies et de la survie des patients atteints de cancer du tractus digestif (25,26) et des cancers du poumon.

Cette analyse par tomodensitométrie est peu coûteuse, fiable et précise mais il n'y a pas à ce jour de consensus en oncologie. Les études à venir permettront peut-être d'établir une échelle radiologique standardisée pour évaluer l'état nutritionnel des patients atteints de cancer.

G. Physiopathologie de la dénutrition cancéreuse

1. Réduction des apports alimentaires

La diminution des ingesta (8,17) est la cause la plus importante de la dénutrition. Elle résulte le plus fréquemment des éléments suivants :

- L'anorexie : elle est présente chez plus de 25 % des patients au diagnostic de cancer et plus de 80% en situation palliative. Elle est de mécanisme central (hypothalamus) médié par des cytokines pro-inflammatoires (TNF α, IL-1 et IL-6) et aggravée par les chimiothérapies émétisantes. La douleur non contrôlées, les troubles de l'humeur, l'asthénie et les troubles du transit sont aussi des facteurs anorexigènes.
- Les troubles du goût et de l'odorat (notamment après chimiothérapie et radiothérapie cervicale).
- Les troubles de l'ingestion : l'obstruction partielle ou complète du tractus digestif haut (dans les cancers orl et digestif haut), les troubles de la mastication ou de la déglutition (odynophagie, dysphagie), la difficulté d'ouverture buccale.

2. Augmentation des dépenses énergétiques

La dépense énergétique de repos (DER) (8) est augmentée chez plus de 50% des patients en oncologie. Cet hyper métabolisme de repos est le plus souvent retrouvé en cas de syndrome inflammatoire intense, de douleurs mal contrôlées et au cours de certaines tumeurs à croissance rapide ou avec volumineuse masse tumorale.

Les besoins protéino-énergétiques des patients de cancérologie sont d'environ 30 à 35 kcal/kg/jour et 1,2 à 1,5 g de protéines/kg/jour (versus 0,8 g de protéine/kg/jour pour le sujet sain) (8).

Les modifications du métabolisme énergétique, glucidique, lipidique et protidique du cancer ont été largement étudiées tant sur les modèles expérimentaux chez l'animal que chez l'homme (Figure 3) (29).

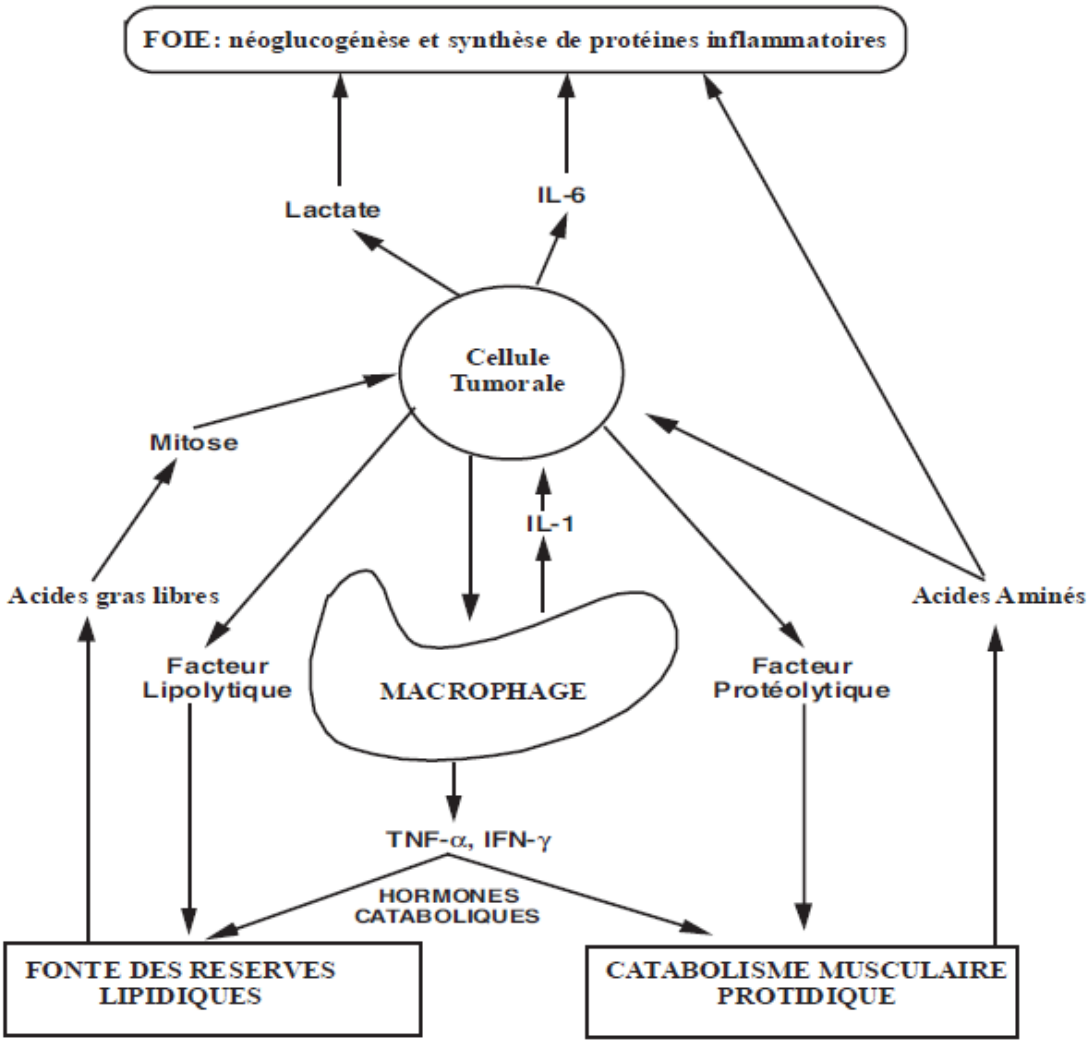


Figure 3 : Mécanisme physiopathologique du métabolisme glucidique, lipidique et protidique dans la dénutrition cancéreuse (29)

a) Métabolisme glucidique

Les anomalies du métabolisme glucidique (8,29) se caractérisent par l'augmentation de l'utilisation périphérique de glucose et la production de lactate. De plus, la néoglucogenèse est également anormalement activée pour faire face aux besoins en glucose et contribue à la synthèse de protéines inflammatoires appauvrissant ainsi les réserves protidiques (Figure 3).
Par ailleurs, une insulino-résistance des tissus périphériques essentiellement liée à l'action des TNF α a été rapportée dans les études surtout au cours des tumeurs évoluées.

b) Métabolisme lipidique

En présence d'une tumeur, les macrophages sécrètent des cytokines TNF α et IFN γ qui stimulent les hormones cataboliques engendrant ainsi une mobilisation accrue de la masse lipidique et l'oxydation excessives des acides gras (8,29). La lipolyse est donc stimulée par les cytokines inflammatoires mais aussi par la tumeur elle-même (Figure 3).

c) Métabolisme protidique

La plupart des études (8,17,29) indique une accélération du *turnover* et en particulier du catabolisme protéique chez les patients cancéreux. La fonte protéique musculaire est également favorisée par l'activation des différentes voies de protéolyse lysosomale, cytosolique calcium dépendante et en particulier ATP-ubiquitine dépendante. L'activation des systèmes protéolytiques semblent fortement dépendantes des cytokines inflammatoires, de certaines tumeurs et par certaines thérapeutiques anti-cancéreuses (par exemple les inhibiteurs de la tyrosine kinase).

Par ailleurs, les autres anomalies du métabolisme protidique les plus souvent observées chez le patient cancéreux étaient une diminution de la synthèse protidique musculaire et une augmentation des protéines hépatiques (notamment les protéines inflammatoires).

Etant donnée les fonctions métaboliques multiples de la glutamine (rôle antioxydant via la production hépatique de glutathion et son rôle de nutriment essentiel des cellules tumorales à des fins énergétiques), son métabolisme a beaucoup été étudié chez le patient cancéreux. Il en ressort une accélération de la production endogène par synthèse *de novo* (mais insuffisante toutefois pour couvrir les besoins accrus de l'organisme) et une déplétion fréquente de la glutamine (29).

III. MATERIELS ET METHODES

A. Population et recueil de données

Nous avons réalisé une étude prospective observationnelle.

1. Diffusion du questionnaire

Les médecins étaient contactés par courrier électronique contenant une note de présentation et d'explication de l'enquête ainsi qu'un lien hypertexte préalablement élaboré en format Google Forms©.
Les questionnaires (Annexe1) étaient remplis en ligne par les médecins généralistes avec une procédure automatique d'anonymisation, ne permettant pas de relier les réponses à l'adresse électronique du médecin répondeur.
Du 18 février 2015 au 22 avril 2015, plusieurs courriers électroniques de relance ont été adressés aux médecins avec une note spécifiant que seuls ceux qui n'avaient pas encore participé étaient invités à le faire.

La diffusion du questionnaire était réalisée à partir de listes de courriers électroniques de médecins généralistes inscrits au Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou Charentes (COGEMS), à l'Ordre des Médecins de la Vienne et de la Charente ainsi que celles du Réseau Onco-Poitou-Charentes. L'Ordre des médecins de la Charente Maritime et celle des Deux Sèvres ne disposaient pas à cette date de listes de courriel de médecins généralistes libéraux exploitables. L'Ordre des médecins des Deux Sèvres a cependant mis en place un lien sur leur site internet sur la page dédiée aux questionnaires pour les thèses.
Pour le département de la Charente-Maritime, le questionnaire a pu être diffusé par une liste de courriers électroniques de médecins généralistes libéraux fournie par le Centre Hospitalier de La Rochelle.

2. Critères d'inclusion

Les médecins généralistes inclus devaient répondre aux critères suivants :
- Médecins généralistes ayant une activité libérale exclusive
- Médecins généralistes exerçant en Poitou Charentes
- Médecins généralistes ayant une activité libérale prédominante si une activité en structure (CH ou clinique) était existante
- Médecins généralistes dont l'adresse du courriel était valide

3. Critères de non inclusion

Afin d'obtenir des données pertinentes, les catégories suivantes n'étaient pas considérées :
- Médecins généralistes retraités
- Médecins généralistes exerçant exclusivement dans des structures hospitalières sans activités libérales.

B. Création du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) comportait une première partie permettant de caractériser le médecin répondeur. Les données suivantes étaient recueillis : leur âge, leur sexe, leur lieu d'exercice, leur diplôme ou formation complémentaire et une estimation des patients suivis actuellement pour un cancer.

Puis, la seconde partie avait pour but d'évaluer les outils diagnostics utilisés en consultation, la connaissance des recommandations sur la dénutrition et son mécanisme, leur pratique de prescription de compléments alimentaires et les obstacles au dépistage et au recueil des données de la dénutrition.

C. Analyse statistique

Les données étaient recueillies automatiquement lorsqu'un médecin répondait au questionnaire sur Google Forms© puis compilées en un fichier Excel©.
L'exploitation des résultats a été réalisée à l'aide du logiciel Excel©.
Les variables qualitatives étaient présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages.

IV. RESULTATS

A. Description de la cohorte de médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

Sur les 92 réponses obtenues, 54,3% des répondants étaient des hommes (n=50) et 45,7% des répondants étaient des femmes (n=42) soit un sexe ratio H/F de 1,19.

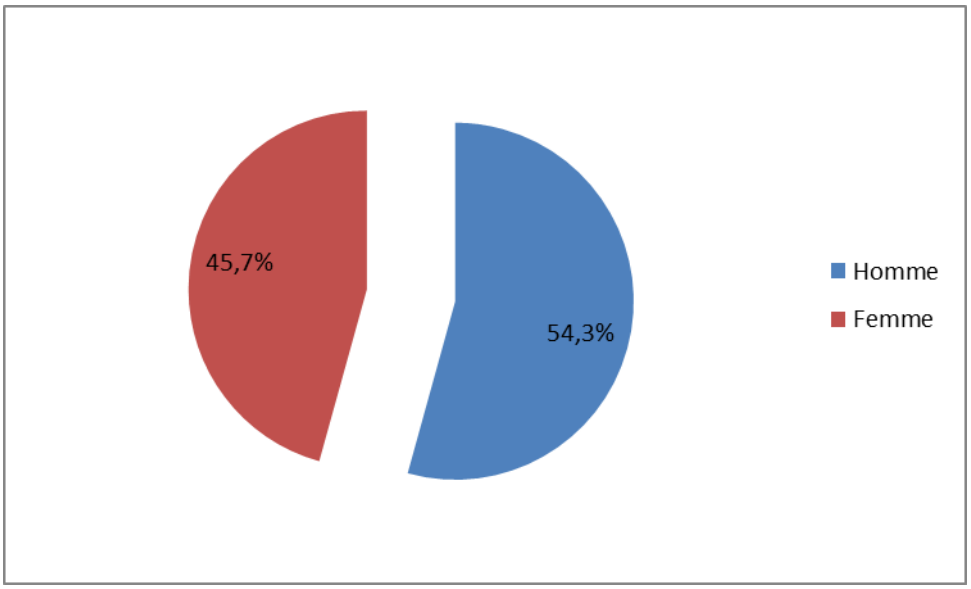


Figure 4 : Répartition en pourcentage des médecins interrogés en fonction de leur sexe

29,3% des répondants exerçaient en ville (n=27), 35,9% en semi-urbain (n=33) et 34,8% en milieu rural (n=32).

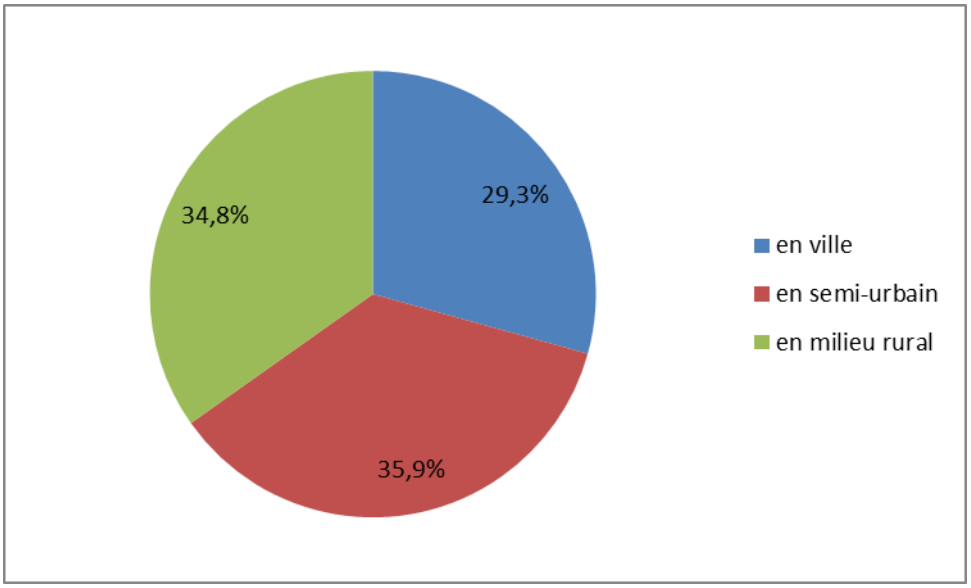


Figure 5 : Répartition en pourcentage des répondants en fonction de leur lieu d'exercice

Tableau 3. Tranche d'âge des médecins interrogés

Tranche d'âge des médecins interrogés	n	%
≤30 ans	11	12%
> 30 et ≤ 45 ans	30	32,6%
> 45 et ≤ 60 ans	38	41,3%
> 60 ans	13	14,1%

Concernant l'âge des médecins généralistes répondant, 12% d'entre eux avaient moins de 30 ans (n=11), 32,6% entre 30 ans et 45 ans (n=30), 41,3% entre 45 et 60 ans (n=38) et 14,1% plus de 60 ans (n=13).

Dans la cohorte étudiée (Figure 6),

- 55,4% des médecins avaient moins de 5 patients suivis en cours de chimiothérapie (n=51) ; 33,7% des médecins en avaient entre 5 et 10 (n=31) ; 7,6% des médecins en avaient entre 10 et 15 (n=7) et 3,3% en avaient plus de 15 (n=3).
- 79,3% des médecins avaient moins de 5 patients suivis en cours de radiothérapie (n=73) ; 15,2% des médecins en avaient entre 5 et 10 (n=14), 2,2% des médecins en avaient entre 10 et 15 (n=2) et 3,3% des médecins en avaient plus de 15 (n=3).
- 10,9% des médecins avaient moins de 5 patients en rémission (n=10) ; 26,1% des médecins en avaient entre 5 et 10 patients (n=14) ; 15,2% des médecins en avaient entre 10 et 15 patients (n=14) et 47,8% des médecins en avaient plus de 15 (n=44).
- 96,7% des médecins avaient moins de 5 patients en cours d'auto ou allogreffe (n=89) et 3,3% en avaient entre 5 et 10 (n=3,3%).
- 90,2% des médecins avaient moins de 5 patients en soins palliatifs (n=83) ; 7,6% des médecins en avaient entre 5 et 10 patients (n=7) et 2,2% des médecins en avaient entre 10 et 15 patients (n=2).

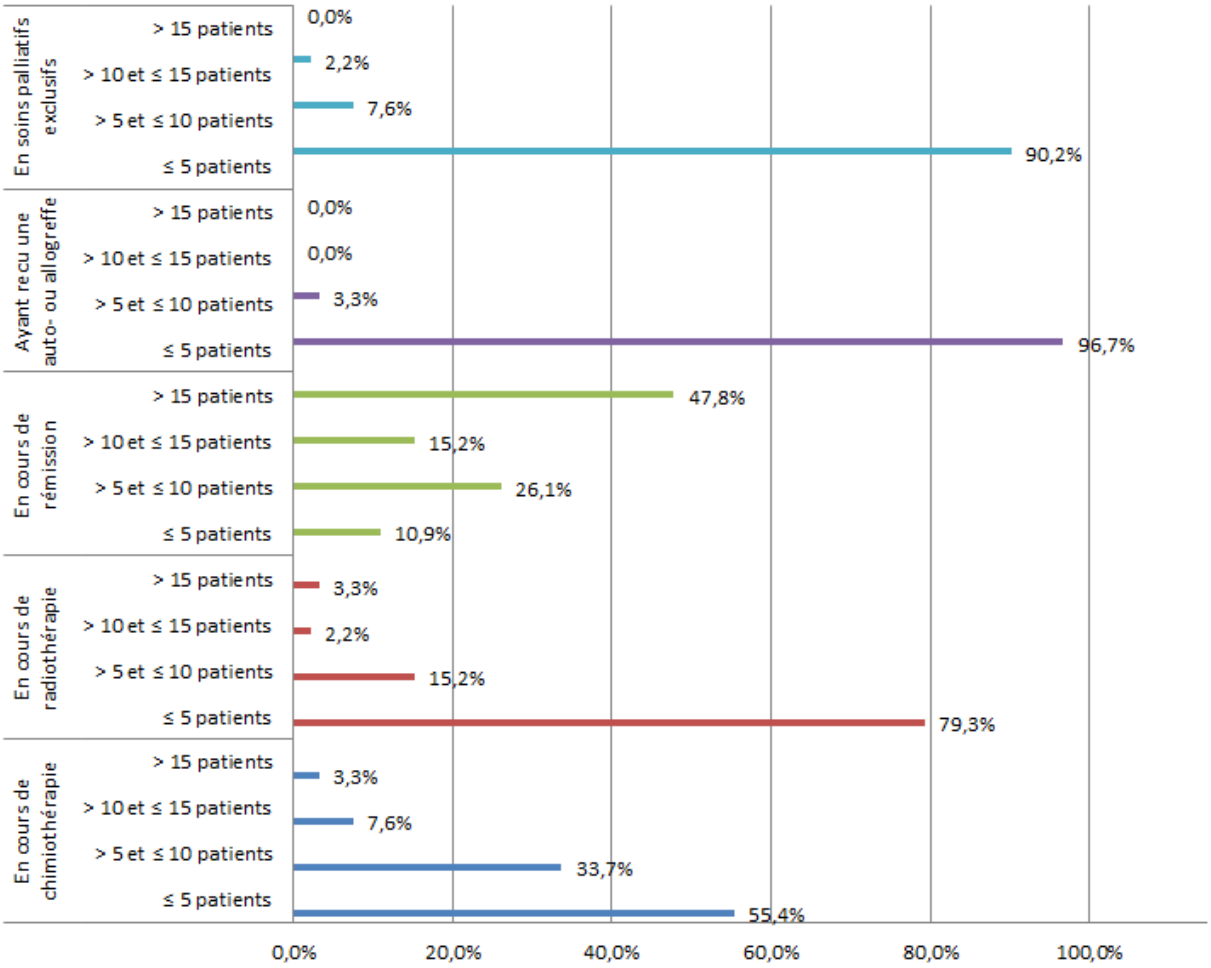


Figure 6 : Répartition en pourcentage des répondants en fonction du nombre de patients suivis actuellement pour un cancer

Concernant la formation des médecins généralistes, 83,7% des médecins n'avaient pas de formations ou diplômes universitaires complémentaires (n=77). 4,3% des médecins avaient un DU de nutrition ou équivalent (n=4) et 4,3% des médecins avaient un DU d'oncologie ou équivalent (n=4). 3,3% des médecins avaient un DU de soins de support ou de soins palliatifs (n=3) et 3,3% des médecins avaient une capacité en gériatrie (n=3). Un des médecins interrogés avait deux DU (un DU d'oncologie et un DU de nutrition).

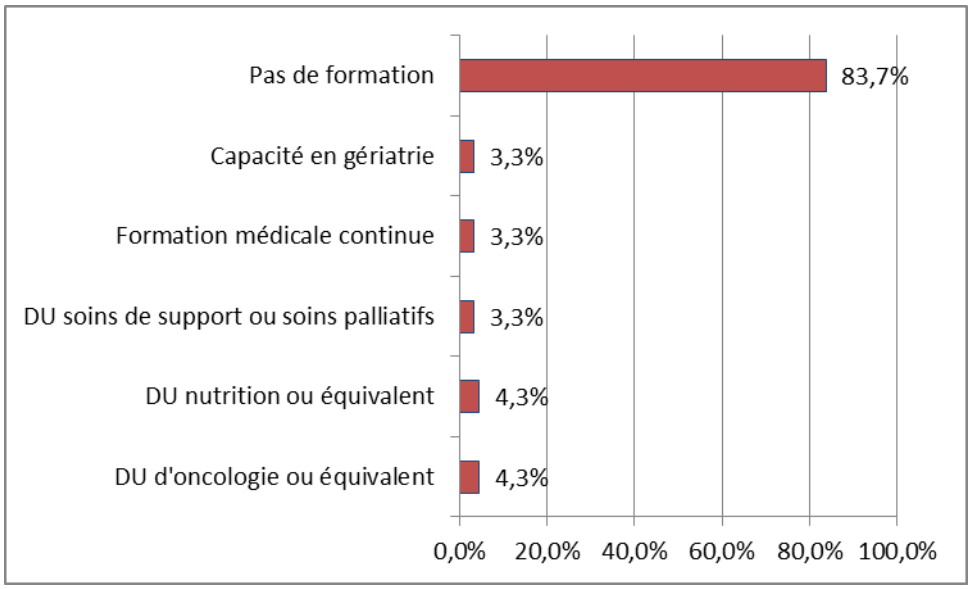


Figure 7 : Pourcentage des médecins interrogés en fonction des diplômes universitaires ou formations complémentaires

B. Outils utilisés pour le diagnostic de la dénutrition selon notre étude

1. Outils de diagnostic clinique

En pratique (Figure 8), le poids (85% des médecins interrogés, n=79) et l'index de masse corporelle (82,6% des médecins interrogés, n=76) sont principalement utilisés pour dépister une dénutrition chez le patient cancéreux.
19,6% des médecins interrogés (n=18) déclaraient utiliser les échelles de dénutrition (Mini-nutritional assessment, Nutritional Risk ou autre) et 23,9% des médecins (n=22) déclaraient utiliser l'évaluation des ingesta. 3,3% des médecins utilisaient les mesures anthropométriques à visée diagnostique (n=3).
Seuls 3,3% des médecins interrogés n'utilisaient pas d'outils diagnostiques.

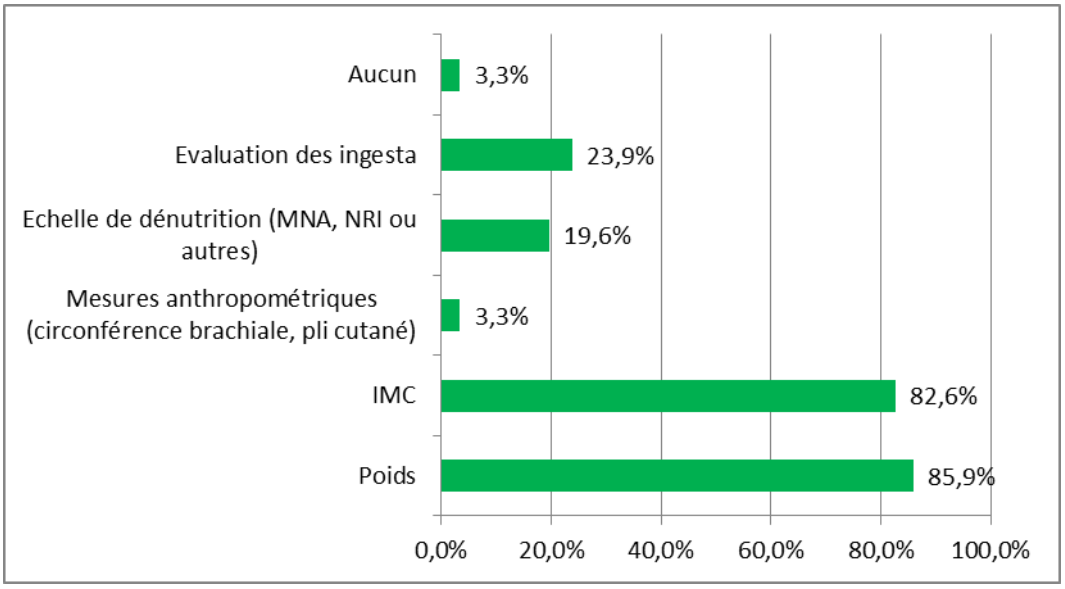


Figure 8 : Pourcentage des répondants en fonction des outils diagnostiques cliniques utilisés habituellement

2. Evaluation des apports alimentaires

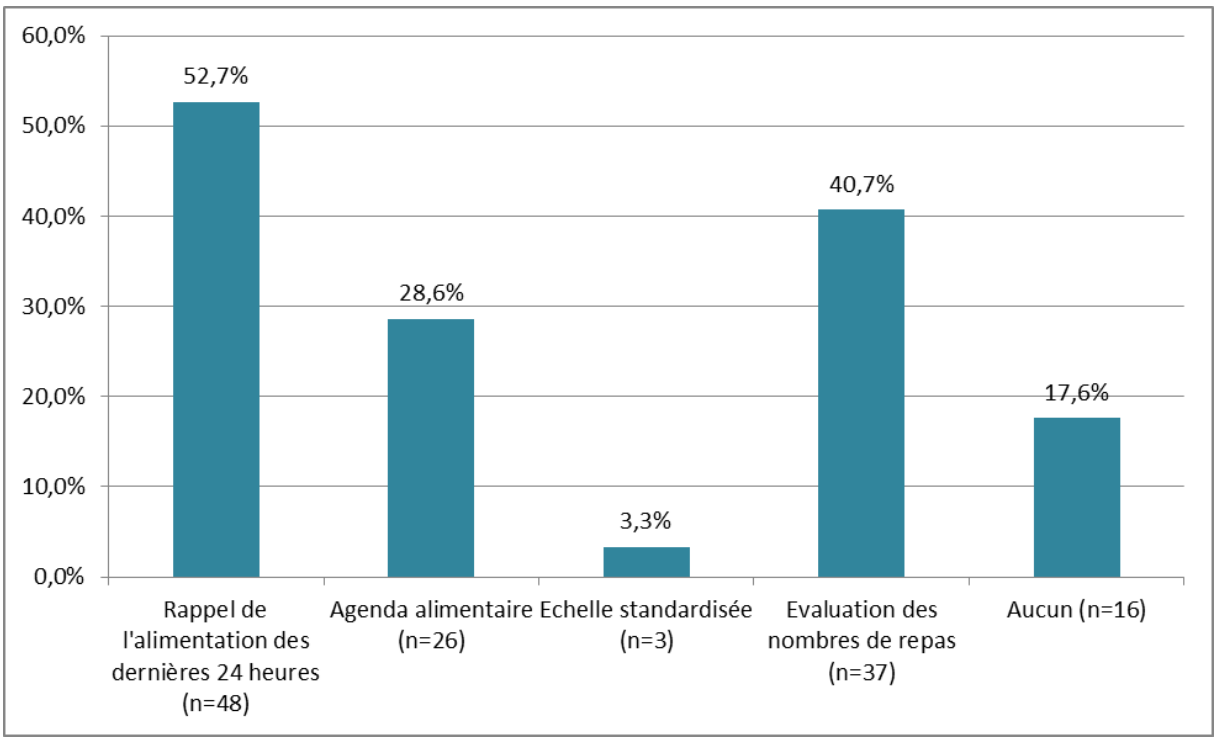


Figure 9 : Pourcentage des répondants en fonction de leur mode d'évaluation des apports alimentaires utilisés en pratique

3. Outils de diagnostic biologique

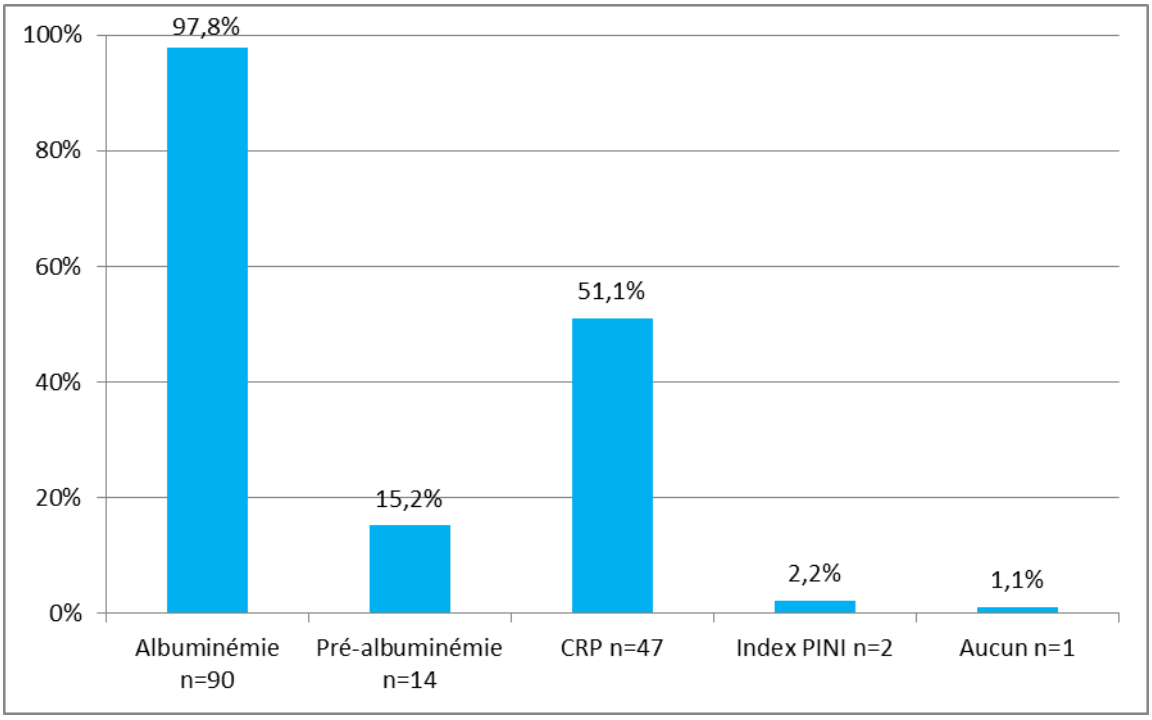


Figure 10 : Pourcentage des répondants en fonction des outils biologiques utilisés en pratique

C. Evaluation des connaissances sur la dénutrition et sa prise en charge

1. Evaluation des critères diagnostiques de la dénutrition

Concernant les critères de diagnostic de la dénutrition, les affirmations et le degré d'accord des médecins sont indiqués ci-dessous.

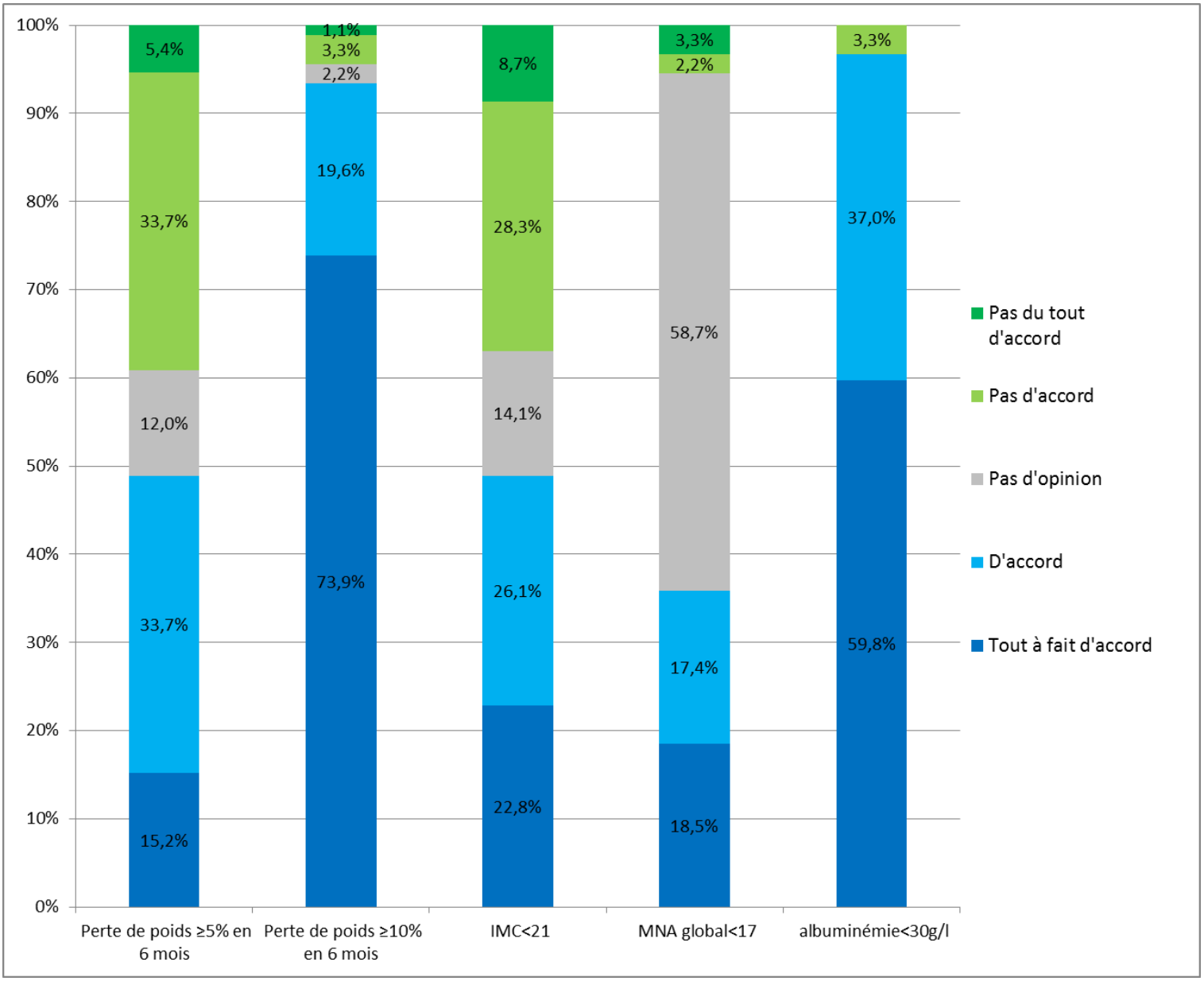


Figure 11 : Pourcentage des répondants en fonction de leur opinion sur les critères diagnostiques de dénutrition

2. Cancers à haut risques de dénutrition

Selon leur expérience, 95,7% (n=88) des médecins interrogés et 93,5% (n=86) estimaient que le type de tumeur à haut risque de dénutrition était respectivement les tumeurs digestives (œsophage, colon, rectum et estomac) et les tumeurs ORL.
27,2% (n=25) des médecins et 20,7% (n=19) estimaient que le type de tumeur à haut risque de dénutrition était respectivement les tumeurs cérébrales et les hémopathies. Seuls 8,7% des médecins interrogés (n=8) estimaient que les tumeurs gynécologiques étaient à haut risque de dénutrition.

3. Facteurs déclenchants la prescription de compléments alimentaires

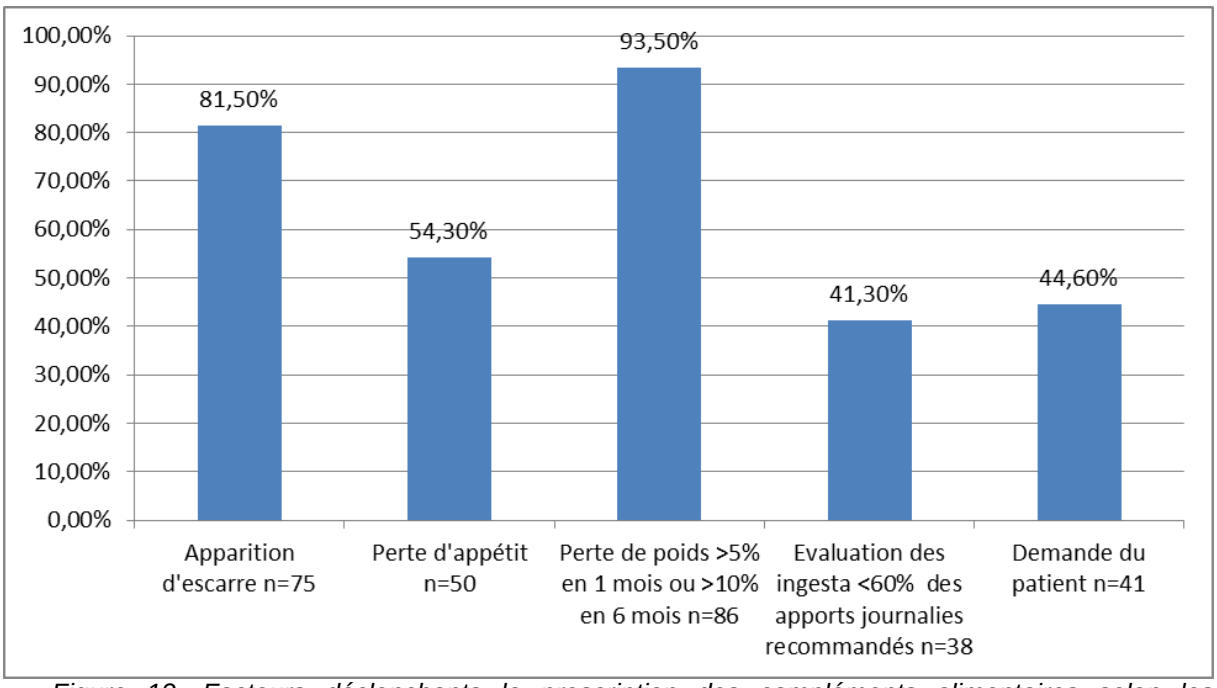


Figure 12. Facteurs déclenchants la prescription des compléments alimentaires selon les médecins interrogés

D. Mécanismes contribuant à la dénutrition et ses conséquences

Selon les médecins interrogés, le déficit d'apport exogène (68,5% des répondants, n=63), l'anorexie, la dysgueusie, les mucites (95,7%, n=88), l'hypercatabolisme lié au métabolisme tumoral (80,4%, n=74) et les effets secondaires des traitements (82,6%, n=76) contribuaient à la dénutrition du patient atteint de cancer.

L'impact sur la qualité de vie du patient (91,3% des médecins interrogés, n=84) et l'augmentation du risque de mortalité (91,3%, n=84) étaient les conséquences les plus notables. 68,5% des médecins estimaient que la dénutrition augmentait la toxicité des traitements (n=63) et 14,1% des médecins estimaient qu'elle était inéluctable (n=13).

E. Obstacles au diagnostic de dénutrition

Les obstacles au diagnostic de dénutrition sont résumés dans les figures suivantes :

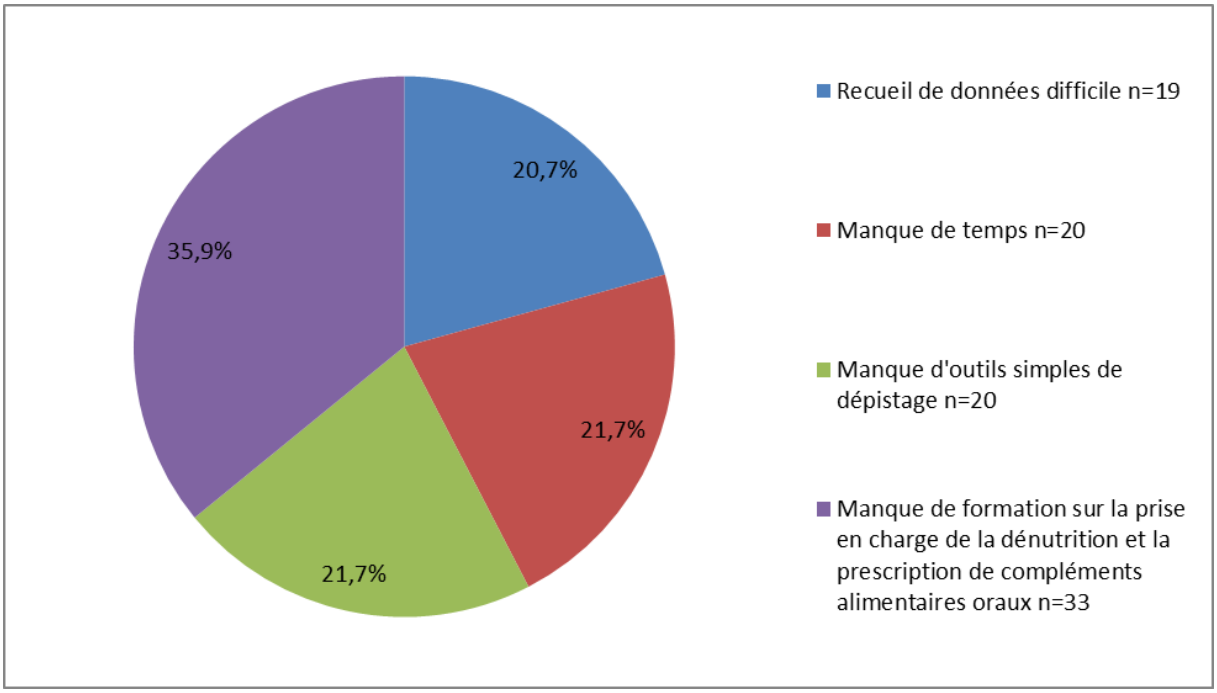


Figure 13 Obstacle principal au dépistage de la dénutrition selon les médecins interrogés

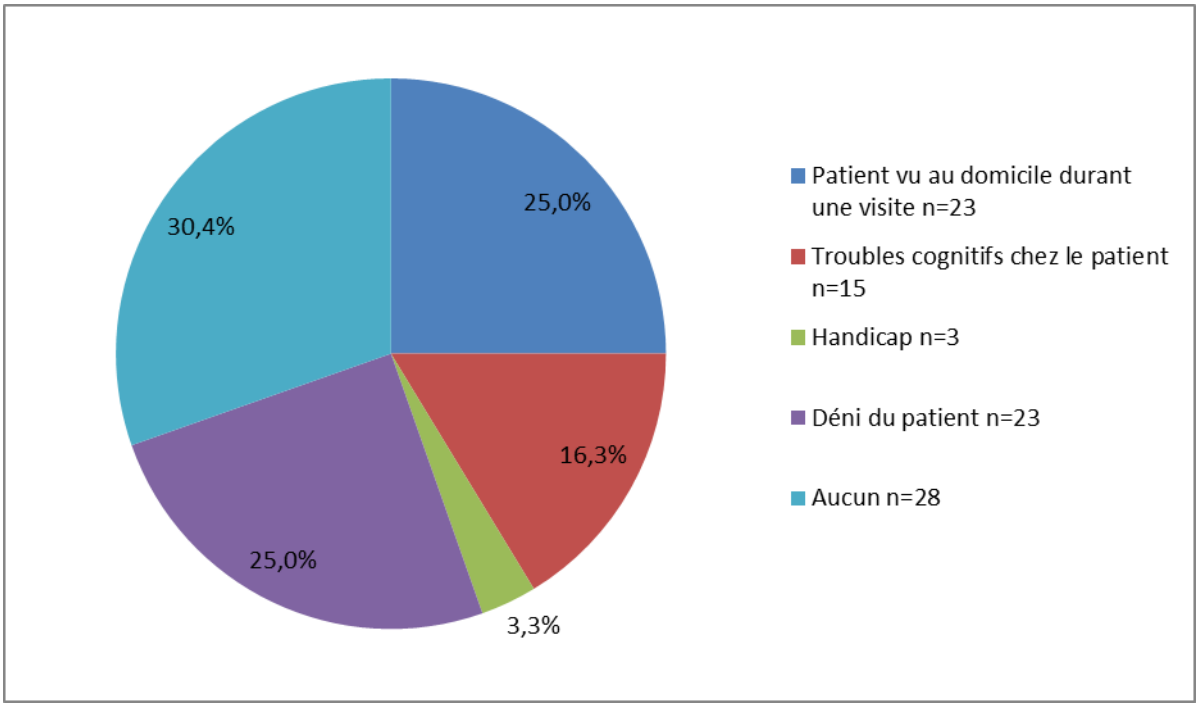


Figure 14 . Obstacle principal au recueil de données sur la dénutrition selon les médecins intérrogés

V. DISCUSSION

A. Limites de l'enquête

1. 1. Taux de réponse

Le taux de réponse de notre enquête est difficilement évaluable : en effet, la diffusion du questionnaire a été réalisée par le biais de différents organismes grâce à leurs listes de courrier électronique qui restent anonymes. De plus, le questionnaire était aussi disponible pour le département des Deux-Sèvres sur un site dédié aux questionnaires de thèse des internes de médecine générale. Seuls 92 réponses ont pu être validées pour ce questionnaire.

Selon l'Observatoire Régionale de la Santé du Poitou-Charentes (30), 1 787 médecins généralistes libéraux en exercice étaient recensés en 2008. La diffusion par courriel a permis une rapidité de réponse mais nous ignorons, sur l'ensemble des courriels, lesquels étaient inutilisés par les médecins.

2. Biais de sélection

Les médecins ayant accepté de répondre au questionnaire sont sans doute plus intéressés ou plus motivés par la cancérologie que ceux qui ont refusé. Cela peut entraîner une surestimation de certaines réponses concernant l'implication dans ce domaine.

3. Biais d'une étude déclarative

Toutes les réponses aux questions concernant les pratiques des médecins sont déclaratives et ne reflètent pas forcément la réalité. La compréhension et l'interprétation des questions ainsi que les réponses déclarées restent soumises à la subjectivité des médecins interrogés.
En outre, nous ne sommes pas à l'abri d'un biais d'information car le questionnaire ne permettait pas aux médecins de s'exprimer sur des commentaires libres.

4. Biais lié au recueil de données

Pour faciliter l'analyse des données, les questions étaient principalement des questions fermées mais plusieurs réponses étaient possibles avec une liste de réponses non exhaustives.

En conséquence de part ce taux de réponse faible et des trois biais cités précédemment, nos résultats sont purement descriptifs et permettront de faire certains constats dans le but d'une amélioration des pratiques.

B. Caractéristiques des répondants

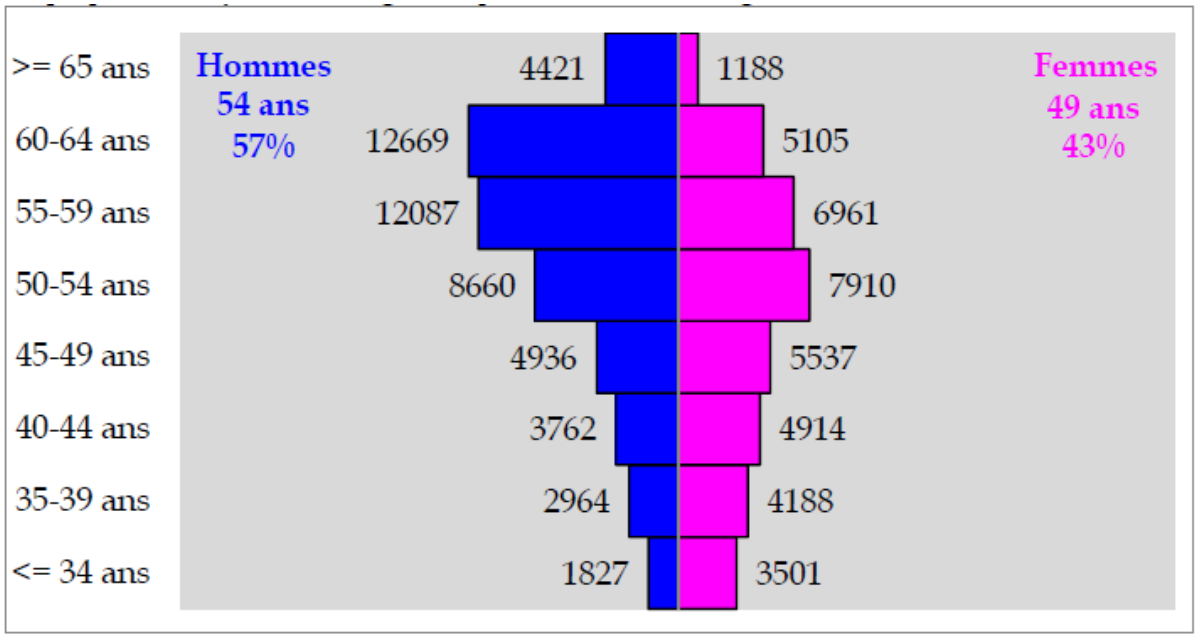
Concernant la répartition par sexe sur le territoire étudié, nous observons des similitudes entre les travaux réalisés sous la direction du Dr Jean François Rault et de Gwénaëlle Lebreton-Lerouvillois (géographe de santé) sur la démographie médicale de la Région Poitou Charentes en 2013 (30) :

- La moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux dans la Région Poitou Charentes est de 53 ans, tandis que dans notre échantillon de médecins répondants, la tranche d'âge la plus représentée est 45 à 60 ans.

- Les hommes représentent 67% des effectifs (n= 1 787 en 2008) et les femmes 33%, alors que dans notre échantillon le pourcentage d'homme est de 54,3% versus 45,7% pour les femmes.

Au niveau national, selon la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) (31), l'âge moyen des médecins généraliste libéraux affiliés à leur organisme était en 2010 était de 51,50 ans sexe confondu : 54 ans pour les hommes soit 57% et 49 ans pour les femmes soit 43%. Notre échantillon est donc plutôt représentatif de la population médicale de la France entière.

Figure 15: Pyramide des âges des médecins généralistes en France en 2014 (32)



Concernant le lieu d'exercice des médecins répondants, nous pouvons observer une certaine homogénéité dans la répartition entre exercice rural, semi-urbain et urbain. En effet, les trois lieux d'exercice représentent respectivement 34,8%, 35,9% et 29,3% des répondants. Notons que la notion de semi-urbain reste subjective à l'interprétation des médecins interrogés.

Sur l'ensemble des répondants, la plupart avait moins de 5 patients prise en charge actuellement en cours de chimiothérapie (55,4%), en cours de radiothérapie (79,3%) ou en soins palliatifs (90,2%). Les patients porteurs de cancer constituent donc un nombre limité dans chaque clientèle de médecins généralistes par rapport aux autres pathologies.

C. Pratique de dépistage de la dénutrition

En l'absence de consensus sur la prise en charge de la dénutrition du patient atteint de cancer, nous avons choisi de nous baser sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (6) concernant la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée dont les patients âgés atteints de cancer datant de 2007.

1. Au niveau clinique

Notre étude rapporte que 85,9% et 82,6% des médecins interrogés utilisent respectivement le poids et l'IMC comme outils diagnostic. Les échelles de dénutrition MNA, NRI ou autre (19,6% des répondants) et les mesures anthropométriques (3,3% des répondants) restent très peu utilisées par les médecins généralistes.

Concernant la dénutrition dans un contexte oncologique, il y a peu d'étude sur les pratiques des médecins généralistes libéraux. La plupart des travaux ont été réalisés chez la personne âgée

Selon les travaux de A. Kadi (33) en 2013 qui enquêtait sur le dépistage de la dénutrition des personnes âgées par le médecin généraliste, seul 68% des médecins pèsent leurs patients à chaque consultation. Or, nous rappelons que les recommandations de l'HAS (6) stipulent que le poids doit être mesure à chaque consultation en ville. D'autre part, 34% des médecins calculent l'IMC et seuls 12% des médecins pratiquent le MNA.

La sous-utilisation des index nutritionnels (MNA, NRI, PINI) relèverait plutôt d'une possible inadaptabilité de l'outil à la pratique ambulatoire des médecins généralistes. Ces outils sont élaborés dans un cadre hospitalier spécialisé et répondent à des prises en charge spécialisées.
Certains index tel que le MNA sont plutôt spécifiques des prises en charge onco-gériatriques et moins facilement utilisable en routine notamment en médecine générale.

Concernant l'évaluation des apports alimentaires, la plupart des répondants favorisait le rappel de l'alimentation des dernières 24 heures (52,7%) et l'évaluation du nombre de repas (40,7%). Cette évaluation des apports corrélée au poids est très représentative de l'état nutritionnel du patient atteint de cancer mais n'est réalisée que par un médecin sur deux.

En conclusion, la mesure du poids et l'IMC apparaissent donc comme des excellents outils de dépistage, reproductible si la mesure du poids est réalisée sur la même balance et d'autant plus réalisable par le patient lui-même à son domicile.
L'EVA des ingesta est le 2ème élément de dépistage selon les recommandations de l'HAS. Elle apparait simple et pertinente si elle est corrélée au poids. Or dans notre étude, l'EVA des ingesta n'est réalisée que par 23,9% des médecins interrogés.

2. Au niveau biologique

97,8% des médecins répondants utilisent le dosage de l'albumine et 51,1% utilisent la CRP dans le cadre du dépistage de la dénutrition. Il faut rappeler que le dosage de l'albumine dans la dénutrition n'a de valeur qu'en ne tenant compte de l'état inflammatoire du patient (17).
L'évaluation biologique de la dénutrition par un dosage de l'albumine apparait donc majoritaire et domine les réponses de notre cohorte de médecins interrogés. L'albumine reflète l'état nutritionnel des 6 dernières semaines contrairement à la pré-albumine qui reste plus un marqueur précoce de renutrition, utilisé parfois pour évaluer l'efficacité des nutritions entérales ou parentérales. L'utilisation de la pré-albumine dans notre cohorte reste faible (15,2%) alors que le PINI (2,2) est souvent non connu des médecins généralistes.

On note une différence significative concernant l'utilisation de l'albuminémie dans notre échantillon comparé aux travaux de Renaud Miller (34): en 2010 son enquête avait permis l'évaluation du dépistage de la dénutrition chez les médecins généralistes de la Marne et démontrait que seul 40% des médecins utilisaient l'albuminémie en dépistage. En revanche, ces résultats ne concernaient pas spécifiquement les patients atteints de cancer.

D. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste

1. Formation du médecin généraliste

Dans notre étude, la plupart des répondants (35,9%) estimait que le principal obstacle au dépistage de la dénutrition est le manque de formation sur la prise en charge de la dénutrition et la prescription des compléments alimentaires oraux. De plus, 83,7% des répondants déclaraient ne pas avoir eu de formation sur la dénutrition ou de diplôme universitaire complémentaire (DU nutrition, oncologie ou soins palliatifs).

La difficulté du recueil de données (20,7%), le manque de temps (21,7%) et le manque d'outils simples de dépistages (21,7%) restent néanmoins des obstacles à prendre en compte.

Après analyse des réponses concernant les critères diagnostiques de la dénutrition, on constate que les médecins généralistes adhèrent à ces critères définis par la Haute Autorité de Santé en 2007 (6).

Plus de 90% des répondant reconnaissent que les tumeurs ORL et les tumeurs digestives (œsophage, colon, rectum, estomac) sont à haut risque de dénutrition.
De même plus de 68% des médecins interrogés ont une bonne connaissance des mécanismes à la dénutrition du patient atteint de cancer et des conséquences de celle-ci.
Ainsi, on note que la grande majorité des médecins interrogés peuvent dépister a priori les patients à haute risque de dénutrition selon le primitif.

Plusieurs études (35–37) ont été réalisées dans différentes régions de France pour évaluer le ressenti et les besoins des médecins généralistes concernant leur formation notamment en cancérologie.

Selon les travaux de NGUYEN et al. (36) en 2010, 87% des médecins généralistes n'ont pas de formation spécifique en cancérologie depuis la fin de leurs études, la moitié par manque de temps et l'autre moitié par absence de formation suffisamment attractive. De plus, près de 90 % des médecins généralistes considéraient que le cancer tenait une place importante dans leurs préoccupations professionnelles quotidiennes et que leurs patients posaient des problèmes complexes. Le versant psychologique prenait le dessus sur le versant médical avec une forte lourdeur de la charge morale, une plainte du manque de temps et d'un ressenti de formation insuffisante en oncologie.

Selon Tardieu et al. (35), les médecins généralistes considèrent leur niveau de formation en cancérologie non satisfaisante. Certains thèmes de formation sont fortement plébiscités notamment les soins oncologiques de support, la gestion des effets indésirables, les urgences cancérologiques et le traitement de la douleur.

Nous pouvons nous interrogés sur les modalités de ces formations : toujours selon Tardieu et al. , les modes de formation restent traditionnellement les formations médicales continues sous forme de soirées classiques mono ou pluri thématique et les documents écrits.

Les formations médicales continues restent les plus attractives pour les médecins généralistes car elles sont courtes et concises. Elles permettent de faire des focus sur les points clés, cibler les priorités tout en confrontant les expériences et les pratiques des omnipraticiens.

2. Communication avec le spécialiste

Selon l'étude récente de G. Pinganaud (37) qui a analysé les difficultés de la prise en charge des patients atteints de cancer par le médecin généraliste auprès d'un échantillon de médecins généralistes du Poitou-Charentes en 2013, une grande majorité des répondants atteste d'une bonne qualité relationnelle dans leur travail avec les oncologues, car 82,33% s'estiment satisfaits ou très satisfaits.

Au sein du CHU de Poitiers, les infirmières coordinatrices implantées dans chaque pôle ont permis de contribuer à une meilleure accessibilité aux différents praticiens hospitaliers. De plus, la création de lits d'urgence dédiés à la cancérologie, dits lits de régulation ville hôpital implantés au sein du Pôle Régional de Cancérologie, a également contribué à améliorer la prise en charge de ces patients.

Concernant la prise en charge spécifique nutritionnelle, les services d'oncologie ont mis en place un classeur remis au patient lors de la consultation d'annonce avec l'IDE et l'oncologue. Ce document contient toutes les informations concernant son protocole de soin (bilans biologiques, coordonnées des équipes soignantes et des oncologues impliqués, déroulement chronologique des cures de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, fiches informatives concernant les effets indésirables, etc).

Ce document contient notamment les coordonnées des différents soins de support dont le patient pourrait avoir recours à un moment donné : diététicienne ou psychologue. Ces intervenants peuvent aussi être sollicités par le médecin généraliste.
Ce classeur est destiné à être un outil pour le médecin généraliste dans la compréhension de chaque étape du protocole de soin du patient et pour le suivi dans la durée. Il est aussi un lien entre le médecin traitant et l'équipe cancérologique.

3. Les limites sociales et psychologiques

Le manque de temps constitue un obstacle pour le dépistage de la dénutrition dans la pratique de la médecine générale ambulatoire surtout pour l'examen clinique et l'interrogatoire et notamment l'évaluation des apports alimentaires du patient qui nécessite de l'écoute et du temps.

Par ailleurs, les conditions de recueils peuvent être difficile notamment lors des visites à domicile lorsque le médecin ne dispose pas de pèse personne ou lorsque la communication du patient est altéré par exemple dans les phases terminales de cancer ou devant des troubles cognitifs. Les résultats de la dernière question de notre enquête démontrent que les conditions d'évaluation du patient à domicile (25%) restent un obstacle non négligeable au recueil des données ainsi que le déni du patient (25%) même si 30,4% des répondants avouent qu'il y a aucun obstacle au recueil des données concernant la dénutrition.

Les limites sociales à domicile (37) peuvent impacter directement sur la nutrition notamment par la précarité financière, par des pertes de revenus, à l'altération de l'état général ou par un isolement social et familial.
Outre la prise en charge médicale, il y a parfois une urgence sociale à mettre en œuvre des aides humaines pour réaliser les courses, la réalisation des repas ou le portage des repas des patients en perte d'autonomie. La prise en charge sociale peut être le seul frein à une nutrition satisfaisante. Le médecin généraliste et l'infirmière libérale grâce à leur évaluation du milieu de vie, sont les premiers relais sanitaire et par leur isolement peuvent aussi être en difficultés pour mettre en place ces aides.

C'est grâce à l'intervention de différents organismes aidant à la mise en place de dispositif tels que l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) ou la mise à disposition d'allocations telle que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (attribuée par les services des conseils généraux pour les personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie) qu'on pourrait remédier à cette précarité.
Or, beaucoup de patients atteints de cancer n'ont malheureusement pas 60 ans, rendant la prise en charge sociale difficile, tant pour les acteurs du milieu libéral que pour les hospitaliers.

Concernant l'impact psychologique sur les médecins généralistes, l'étude de Nguyen et al. citée précédemment (36) mettait en évidence l'impact psychologique de la prise en charge d'un patients atteints de cancer notamment dans les phases terminales de la maladie et l'accompagnement de fin de vie. La forte lourdeur de la charge morale peut être accentuée par l'isolement des praticiens ruraux, le contexte social ou le retard du diagnostic initial.

E. Perspectives d'avenir

Dans l'étude Nutricancer en 2012 (5), 37% des patients rapportaient n'avoir aucun suivi nutritionnel. La responsabilisation du patient (38) lui-même à sa prise en charge nutritionnelle est donc primordiale et ce dès le diagnostic de la pathologie sous-jacente. L'éducation thérapeutique doit être précoce afin de pouvoir solliciter le médecin traitant, l'oncologue et l'équipe paramédicale dès qu'il est en zone critique au niveau du poids.

Le Plan Cancer 2014-2019 insiste sur la nécessité d'améliorer la coordination et les échanges d'informations entre les professionnels de santé libéraux et les équipes hospitalières par la mise en place d'un dossier communicant de cancérologie (DCC) opérationnel. Y seront intégrés à terme les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC).

La traçabilité du poids et l'EVA des ingesta devraient pouvoir trouver toute sa place dans les documents partagés entre médecins généralistes et spécialistes. Ainsi, on pourrait envisager dans le classeur remis au patient lors de la consultation d'annonce, un onglet sur la prise en charge nutritionnelle avec une surveillance du poids mensuelle élaborée sous forme de courbe avec des seuils d'alertes qui sera tenu à jour par le médecin traitant, le patient lui-même ou l'un de ses proches. Cette courbe de poids pourrait être associée à des objectifs d'IMC, des évaluations d'ingesta et les seuils d'alerte ainsi à des règles diététiques.

Il s'agit d'un support simple, reproductible, utilisable par tous les intervenants. La cible nutritionnelle pourrait être encore mieux développée lors de la consultation d'annonce par l'infirmière et les objectifs nutritionnels pourront être défini aidant ainsi le patient à devenir acteur de sa prise en charge.

VI. CONCLUSION

Le Plan cancer 2014-2019 porte des ambitions fortes avec une priorité majeure à travers l'ensemble de ses objectifs, de réduire les inégalités et les pertes de chance face aux cancers notamment par le biais des soins de support tel que la prise en charge de la dénutrition. Celle-ci impacte directement sur la survie des patients atteints de cancer.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le degré de connaissance en matière de dépistage de la dénutrition au cours du cancer auprès des médecins généralistes libéraux et l'objectif secondaire était de sensibiliser ces médecins à la cible nutritionnelle pour tenter de diminuer le pourcentage de patients dénutris non pris en charge au cours de son parcours de soin par les différents intervenants. Ceci peut être possible avec la collaboration du patient et de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale.

Cette étude met en évidence que les médecins interrogés ont une bonne connaissance globale des recommandations de la Haute Autorité de Santé même si ces recommandations n'intéressent pas directement le patient atteint de cancer. Ils ont conscience du problème de la dénutrition et de ses conséquences, et ils estiment que sa prise en charge est prioritaire.

Malgré certains biais de notre étude, il en ressort une demande de formation continue pour améliorer les pratiques, rendant les formations médicales continues idéales comme support pédagogique, compte tenu du peu de temps que les médecins généralistes ont à disposition, afin d'optimiser la prise en charge nutritionnelle et alerter l'omnipraticien de cette cible prioritaire.

Localement dans notre région, des aménagements des dossiers de soins partagés entre les équipes hospitalières, le médecin généraliste et le patient, apporteraient un regard pluridisciplinaire intéressant. Ainsi, les courbes de poids associées à des marqueurs précoces de dénutrition (EVA des ingesta et albuminémie notamment) seraient un support pour le médecin généraliste mais aussi au patient lui-même qui s'intègrerait dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique faisant du patient un acteur pour traquer sa perte de poids. Ces alertes déclencheraient une consultation diététique avec le souci de diminuer le taux de patient dénutri non pris en charge. L'implication du patient dans sa prise en charge nutritionnelle est donc primordiale.

Parallèlement aux difficultés de dépistage, les praticiens doivent faire face à des difficultés socio-économiques liées à la perte de travail, la perte d'autonomie l'isolement social et la précarité des patients et de leurs proches.

VII. LISTE DES ABREVIATIONS

ADMR : Aide à domicile en milieu rural

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France

CB : Circonférence brachiale

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMB : Circonférence musculaire brachiale

COGEMS : Collège des généralistes enseignants et maitres de stage du Poitou Charentes

CRP : Protéine C réactive

DER : Dépense énergétique de repos

DU : Diplôme universitaire

ECT : Epaisseur cutanée tricipitale

EVA : Echelle visuelle analogique

HAS : Haute autorité de santé

IFN : Interféron

IMC : Indice de masse corporel

INCA : Institut national du cancer

MNA : Mini nutritional assessment

NRI : Nutritional risk index

PINI : Index pronostique inflammatoire et nutritionnel

RBP: Retinol binding protein

TNF: Tumor necrosis factor

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Vongmany N, Bousquet PJ. Les Cancers en France. Institut National du Cancer; 2014.

2. Plan cancer 2009-2013 [Internet]. Disponible sur : http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013

3. Lacau st guily J, Oziel taieb S, Braticevic C, Zeanandin G, Hébert C, Huguet F, et al. Regards croisés sur la dénutrition en cancérologie ORL. Résultats à partir de l'étude NUTRICANCER 2012. Ann Françaises Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale. 2013 Oct;130(4, Supplement):A95.

4. Raynard B, Goldwasser F, Gyan E, Hébuterne X, Lacau Saint Guily J. O20: Regards croisés divergents des patients de plus de 70 ans et médecins sur la dénutrition en cancérologie : Résultats de l'étude NUTRICANCER 2012. Nutr Clin Métabolisme. 2014 Dec;28, Supplement 1:S39–S40.

5. Raynard B, Gouy S, Moschvin M-H, Flori N, Khemissa F, Goldwasser F, et al. PP082- Sun patients, relatives and doctors have different point of view on malnutrition in oncology. A French one-day survey NUTRICANCER 2012. Clin Nutr. 2013 Sep;32, Supplement 1:S52–S53.

6. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. HAS. 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee

7. DEBARRE J, ROBIN S. Le Cancer en Poitou-Charentes. Obs Régionale Santé [Internet]. Bulletin Observation Santé. Disponible sur: http://www.ors-poitou-charentes.org/publications.php

8. Quilliot D, Bachmann P, Bouteloup C, Guex E, Petit A, Thibault R, et al. Questions de Nutrition Clinique de l'adulte. Les Editions de la SFNEP "Nourir l'Homme malade." 2012.

9. Vandenhoven L. Etude rétrospective de l'impact de la dénutrition sur la prise en charge des cancers bronchiques non à petites cellules de stade IV. [Thèse DES Médecine Générale FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG]: UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE; 2014.

10. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs

11. Crenn P. Reconnaître et traiter la dénutrition dans la pratique ambulatoire. Nutr Clin Métabolisme. 2011 Sep;25(3):183–9.

12. Gras F, Boumediene F, Szekely C. Dénutrition chez un sujet âgé cancéreux. Cah Nutr Diététique. 2012 Nov;47(5):250–3.

13. Bernard M, Aussel C, Cynober L. Marqueurs de la dénutrition et de son risque ou marqueurs des complications liées à la dénutrition ? Nutr Clin Métabolisme. 2007 Mar;21(1):52–9.

14. Senesse P, Vasson M-P. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : quand et comment évaluer l'état nutritionnel d'un malade atteint de cancer ? Comment faire le diagnostic de dénutrition et le diagnostic de dénutrition sévère chez un malade atteint de cancer ? Quelles sont les situations les plus à risque de dénutrition ? Nutr Clin Métabolisme. 2012 Dec;26(4):165–88.

15. Patry C, Raynaud-Simon A. Prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées : quoi de neuf depuis les recommandations de l'HAS en 2007 ? Npg Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2011 Jun;11(63):95–100.

16. Buzby GP, Mullen JL, Matthews DC, Hobbs CL, Rosato EF. Prognostic nutritional index in gastrointestinal surgery. Am J Surg. 1980 Jan;139(1):160–7.

17. Fédération nationale des centres de lutte contre le. Bonnes pratiques diététiques en cancérologie : dénutrition et évaluation nutritionnelle. Nutr Clin Métabolisme. 2002 Jun;16(2):97–124.

18. Kézachian L, Bonnet P-A. Simplifier le dépistage de la dénutrition du sujet âgé en médecine générale : test de concordance entre un outil simple, le « Malnutrition Universal Screening Tool » (« MUST ») et le « Mini Nutritional Assessment-Short Form » (« MNA-SF »). Nutr Clin Métabolisme. 2012 Sep;26(3):109–13.

19. Bachmann P, Quilliot D. Faut-il prévenir ou traiter la dénutrition associée aux cancers ORL, quand et comment ? Nutr Clin Métabolisme. 2014 Feb;28(1):73–8.

20. Anzévui A, Frateur L, Bertrand B, de Ruette A, Lannoy V, Scalliet P, et al. P251: Validation de pratiques diagnostiques nutritionnelles en oncologie adulte et en ambulatoire. Nutr Clin Métabolisme. 2014 Dec;28, Supplement 1:S200.

21. Carpentier YA, Ingenbleek Y. Serum thyroxine-binding prealbumin: An unreliable index of nutritional status? Nutr Res. 1983 Jul;3(4):617–8.

22. Gewandter JS, Dale W, Magnuson A, Pandya C, Heckler CE, Lemelman T, et al. Associations between a patient-reported outcome (PRO) measure of sarcopenia and falls, functional status, and physical performance in older patients with cancer. J Geriatr Oncol [Internet]. [Consulté le 21 septembre 2015]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1879406815000806

23. Kazemi-Bajestani SMR, Mazurak VC, Baracos V. Computed tomography-defined muscle and fat wasting are associated with cancer clinical outcomes. Semin Cell Dev Biol [Internet]. [Consulté le 22 septembre 2015];Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1084952115001603

24. Molina-Garrido M, Santiago-Crespo J, Muñoz-Sanchez M, Mondejar-Solis R, Haro-Martinez L, Olaverri-Hernandez A, et al. Evaluation of the role of sarcopenia in elderly patients with cancer treated with chemotherapy. Oncosarco project. Preliminary results. J Geriatr Oncol. 2014 Oct;5, Supplement 2:S14–S15.

25. Broughman JR, Williams GR, Deal AM, Yu H, Nyrop KA, Alston SM, et al. Prevalence of sarcopenia in older patients with colorectal cancer. J Geriatr Oncol [Internet]. [Consulté le 21 septembre 2015];Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1879406815000818

26. Tan BHL, Brammer K, Randhawa N, Welch NT, Parsons SL, James EJ, et al. Sarcopenia is associated with toxicity in patients undergoing neo-adjuvant chemotherapy for oesophago-gastric cancer. Eur J Surg Oncol Ejso. 2015 Mar;41(3):333–8.

27. Prado CMM, Wells JCK, Smith SR, Stephan BCM, Siervo M. Sarcopenic obesity: A Critical appraisal of the current evidence. Clin Nutr. 2012 Oct;31(5):583–601.

28. Rollins KE, Tewari N, Ackner A, Awwad A, Madhusudan S, Macdonald IA, et al. The impact of sarcopenia and myosteatosis on outcomes of unresectable pancreatic cancer or distal cholangiocarcinoma. Clin Nutr [Internet]. [Consulté le 22 septembre 2015]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561415002265

29. Cynober L. Physiopathologie de la dénutrition. Rev Francoph Lab. 2014 Sep;2014(465, Part 1):47–52.

30. Rault JF, Lebreton-Lerouvillois G. La démographie médicale en Région Poitou-Charentes, situation en 2013 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1664

31. Caisse Autonome des Médecins de France. Pyramides des âges des médecins de Frances [Internet]. Disponible sur: http://carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2014/demographie2.htm

32. Lebreton-Lerouvillois G, Rault JF. 8 ème Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2014 Juin [consulté le 22 septembre 2015]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472

33. Kadi A. Dépistage de la dénutrition chez la personne âgée en Eure et Loir: Enquête auprès des médecins généralistes. [Thèse DES Médecine Générale Faculté de Médecine de Tours]: Université François-Rabelais; 2013.

34. Miller R. P163 Évaluation des pratiques de dépistage et de prise en charge de la dénutrition chez les médecins généralistes de la Marne. Nutr Clin Métabolisme. 2011 Dec;25, Supplement 2:S131.

35. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. Bull Cancer (Paris). 2012 May;99(5):557–62.

36. Nguyen T-D, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H. Perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010. Bull Cancer (Paris). 2011 Oct;98(10):1143–52.

37. Pinganaud G. Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer (rôles, besoins et perspectives). [Thèse DES Médecine Générale Faculté de Médecine de Poitiers]: Université de Poitiers; 2013.

38. Fontas M, Poulain J-P, Souquet P-J, Laville M, Giboreau A, Bensafi M, et al. Perspective socio-anthropologique de la prise en charge de la dénutrition du malade cancéreux. Bull Cancer (Paris). 2014 Mar;101(3):258–65.

IX. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire sur la dénutrition chez le patient atteint d'un cancer

Etat des lieux du dépistage de la dénutrition du patient atteint d'un cancer par le médecin généraliste en Poitou Charentes

*Obligatoire

Cher(e) Confrère (s),
C'est dans le cadre de mon travail de thèse pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale que je vous adresse cette enquête sur le dépistage de la dénutrition des patients atteints de cancer en médecine générale.

La prévalence de la dénutrition chez les patients atteints de cancer est de 39% selon la littérature. Seuls 69% d'entre eux bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle sur l'ensemble de leur parcours de soins.
Un travail de sensibilisation des médecins hospitaliers et médecins libéraux pourrait permettre une prise en charge plus précoce et optimale de la dénutrition chez ces patients qui impacte directement sur leur qualité de vie et leur survie.

Ce questionnaire ne prendra que 10 minutes de votre temps et les réponses seront traitées anonymement.

Merci du temps que vous consacrerez pour remplir ce formulaire

1. **1. Exercez-vous:** *
   Une seule réponse possible.
   - En ville
   - En semi-urbain
   - En milieu rural

2. **2. Quelle est votre tranche d'âge?** *
   Une seule réponse possible.
   - ≤ 30 ans
   - > 30 et ≤ 45 ans
   - > 45 et ≤ 60 ans
   - > 60 ans

3. **3. Etes-vous?** *
   Une seule réponse possible.
   - Un homme
   - Une femme

4. **4. Combien de patients suivez-vous actuellement pour un cancer?** *
Une seule réponse possible par ligne.

	≤ 5 patients	> 5 et ≤ 10 patients	> 10 et ≤ 15 patients	> 15 patients
En cours de chimiothérapie				
En cours de radiothérapie				
En rémission				
Ayant reçu une auto- ou allogreffe				
En soins palliatifs exclusifs				

5. **5. Avez-vous déjà suivi une formation sur la dénutrition ou avez-vous un diplôme complémentaire?** *
diplôme universitaire (DU), etc
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] DU nutrition ou équivalent
- [ ] DU d'oncologie ou équivalent
- [ ] DU soins de support ou soins palliatifs
- [ ] Pas de formation
- [ ] Autre : _____

6. **6. Quel(s) outil(s) avez-vous l'habitude d'utiliser le plus souvent en consultation** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Poids
- [ ] Index de Masse Corporelle (IMC)
- [ ] Mesures anthropométriques (circonférence brachiale, pli cutané)
- [ ] Echelle de dénutrition (Mini-nutritionnal assesment MNA, Nutritionnal risk index NRI ou autre)
- [ ] Evaluation des ingesta
- [ ] Aucun

7. **7.Comment évaluez-vous les apports alimentaires?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Rappel de l'alimentation des dernières 24 heures
- [ ] Agenda alimentaire
- [ ] Echelle standardisée
- [ ] Evaluation du nombre de repas
- [ ] Aucun

8. **8. Quel(s) dosage(s) biologique(s) avez-vous l'habitude d'utiliser?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Albuminémie
- [ ] Pré-albuminémie
- [ ] CRP
- [ ] Index PINI (Pronostic Inflammatory and Nutritional Index)
- [ ] Aucun

9. **9.Selon votre expérience, quel(s) sont les cancer(s) à haut risque de dénutrition?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Tumeurs ORL
- [ ] Tumeurs digestives (oesophage, colon, rectum, estomac)
- [ ] Tumeurs gynécologiques
- [ ] Tumeurs cérébrales
- [ ] Hémopathies

10. **10.Selon vous, la diagnostic de dénutrition sévère repose sur les critères suivants:** *

Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	d'accord	pas d'opinion	pas d'accord	pas du tout d'accord
une perte de poids supérieure ou égale à 5% en 6 mois					
une perte de poids supérieure ou égale à 10% en 1 mois					
un IMC inférieur à 21					
un MNA global inférieur à 17					
une albuminémie inférieure à 30 g/l					

11. **11. Selon votre expérience, quel(s) sont les donnée(s) qui vous permettent de déclencher la prescription de compléments alimentaires chez vos patients atteints d'une néoplasie** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Apparition d'escarre
- [ ] Perte d'appétit
- [ ] Perte de poids >5% en 1 mois ou >10% en 6 mois
- [ ] Evaluation des ingesta <60% des Apports journaliers recommandés
- [ ] Demande du patient

12. **12. Selon vous, quel(s) sont les différent(s) mécanisme(s) qui concourent à la dénutrition du patient atteint de cancer?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Déficit d'apport exogène
- [ ] Anorexie / Dysgueusie / Mucite
- [ ] Hypercatabolisme lié au métabolisme tumoral
- [ ] Effets secondaires des traitements spécifiques

13. **13. Que diriez-vous concernant la(les) conséquence(s) de la dénutrition?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Elle impacte sur la qualité de vie du patient
- [ ] Elle est inéluctable
- [ ] Elle augmente le risque de mortalité
- [ ] Elle augmente la toxicité des traitements

14. **14. Selon vous, quel est l'obstacle principal au dépistage de la dénutrition?** *

Une seule réponse possible.

- ( ) Recueil de données difficile
- ( ) Manque de temps
- ( ) Manque d'outils simples de dépistage
- ( ) Manque de formation sur la prise en charge de la dénutrition et la prescription de compléments alimentaires oraux

15. **15. Selon vous, quel est l'obstacle principal au recueil de données concernant la dénutrition de vos patients?** *

Une seule réponse possible.

- ( ) Patient vu au domicile durant une visite
- ( ) Troubles cognitifs chez le patient
- ( ) Handicap
- ( ) Déni du patient
- ( ) Aucun

Fourni par
Google Forms

Annexe 2 : Mini Nutritional Assessment

Nestlé Nutrition Institute

Mini Nutritional Assessment
MNA®

Nom: Prénom:

Sexe: Age: Poids, kg: Taille,cm: Date:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
0 = sévère baisse de l'alimentation
1 = légère baisse de l'alimentation
2 = pas de baisse de l'alimentation ☐

B Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids ☐

C Motricité
0 = du lit au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile ☐

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non ☐

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression severe
1 = démence modérée
2 = pas de problème psychologique ☐

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)^2 en kg/m^2)
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Score de dépistage ☐☐
(sous-total max. 14 points)

12-14 points:	état nutritionnel normal
8-11 points:	risque de malnutrition
0-7 points:	malnutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
1 = oui 0 = non ☐

H Prend plus de 3 médicaments par jour?
0 = oui 1 = non ☐

I Escarres ou plaies cutanées?
0 = oui 1 = non ☐

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas ☐

K Consomme-t-il?
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐
- Une ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐
- Chaque jour de la viande Du poisson ou de volaille . oui ☐ non ☐

0.0 = si 0 ou 1 oui
0.5 = si 2 oui
1.0 = si 3 oui ☐.☐

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
0 = non 1 = oui ☐

M Combien de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait…)
0.0 = moins de 3 verres
0.5 = de 3 à 5 verres
1.0 = plus de 5 verres ☐.☐

N Manière de se nourrir Hilfe
0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté ☐

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition ☐

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santéque la plupart des personnes de son âge?
0.0 = moins bonne
0.5 = ne sait pas
1.0 = aussi bonne
2.0 = meilleure ☐.☐

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = CB ≤ 21 ≤ 22
1.0 = CB > 22 ☐.☐

R Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31
1 = CM ≥ 31 ☐

Evaluation globale (max. 16 points) ☐☐.☐
Score de dépistage ☐☐.☐
Score total (max. 30 points) ☐☐.☐

Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points	☐	état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points	☐	risque de malnutrition
moins de 17 points	☐	mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Fom Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Pour plus d'information: www.mna-elderly.com

Annexe 3 : Extraits du Plan cancer 2009-2013

AXE RECHERCHE

5 mesures – 26 actions

Mesure 1. Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

ACTIONS

1.1 Renforcer la recherche translationnelle par des financements dédiés sur appels à projets et par une politique de sites de recherche pluridisciplinaires labellisés.

1.2 Soutenir, par l'attribution de bourses, la formation des acteurs de la santé et de la recherche à la recherche translationnelle.

1.3 Structurer et stimuler la recherche dans les phases précoces d'essais de nouveaux médicaments anticancéreux.

1.4 Établir des partenariats de recherche et développement entre les laboratoires internationaux et les acteurs de la recherche en cancérologie fédérés dans l'ITMO Cancer (LIR-G5-LEEM).

1.5 Renforcer les interactions entre les structures de valorisation de la recherche publique et les acteurs économiques pour suivre et accompagner les projets à potentiel de développement économique.

Mesure 2. Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire.

ACTIONS

2.1 Développer des appels à projets récurrents de recherche pour comprendre les déterminants des inégalités face au cancer et évaluer les actions de santé publique permettant de réduire ces inégalités.

2.2 Mobiliser les cancéropôles pour animer et développer des programmes de recherche sur les déterminants géographiques des inégalités avec les acteurs scientifiques, les acteurs de santé publique et de santé. Les résultats des programmes doivent se traduire en actions de terrain, validation et extension à la population ciblée.

Mesure 3 Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.

ACTIONS

3.1 Développer une recherche en épidémiologie analytique plus réactive s'appuyant sur des sites référents.

3.2 Réactiver une recherche compétitive en toxicologie, en génétique et épidémiologie moléculaire et en recherche clinique interventionnelle par des appels à projets.

3.3 Renforcer le partenariat AFSSET-INCa-ANR sur les actions du Programme national santé environnement PNSE2 et organiser en 2011 un colloque international pour faire le point sur les risques environnementaux et comportementaux.

3.4 Mobiliser les acteurs en santé publique, santé animale (écoles vétérinaires et INRA) et environnement (AFSSET) pour lancer des appels à projets et financer des équipes de recherche sur programmes dédiés.

3.5 Financer de grandes cohortes nationales généralistes adossées à des collections biologiques, notamment sur appel à projets lancé par l'IRESP avec le soutien des ministères en charge de la recherche et de la santé. La réflexion sur ces projets devra être coordonnée avec celle des autres pays européens.

3.6 Développer en finançant aux côtés de l'ANR des approches multidisciplinaires de la modélisation des processus biologiques complexes (biologie des systèmes).

AXE OBSERVATION
4 mesures – 12 actions

Mesure 6. Produire et communiquer des informations sur le cancer et sur la cancérologie.

ACTIONS

6.1 Publier un rapport de synthèse annuel des données relatives aux cancers et des principaux indicateurs de la politique de lutte contre les cancers mis à jour.

6.2 Créer un portail des données du cancer, donnant accès à la synthèse des principales données pertinentes selon leur nature et leur source identifiées.

6.3 Réaliser des enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, le comportement, et la perception des cancers et des facteurs de risques, notamment un baromètre cancers.

6.4 Réaliser un rapport sur les métiers de la cancérologie et mettre en place un tableau de bord en s'appuyant sur des groupes d'experts et des professionnels de santé.

6.5 Observer les conditions de vie des malades à distance du diagnostic des cancers.

Mesure 7.
Optimiser et développer le système de surveillance.

ACTIONS

7.1 Renforcer et rationaliser le dispositif des registres existants.

7.2 Mettre en place un système multi-sources des cancers (SMSC).

Mesure 8.
Développer l'épidémiologie sociale des cancers.

ACTIONS

8.1 Améliorer l'observation des inégalités.

8.2 Analyser les évolutions des disparités socio-spatiales des cancers.

Mesure 9. Améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel.

ACTIONS

9.1 Rendre obligatoire la déclaration des mésothéliomes.

9.2 Développer des travaux à partir de cohortes existantes ou en cours de constitution.

9.3 Animer et piloter le recueil des signalements et des investigations de clusters de cancers en population générale et en milieu professionnel.

AXE PRÉVENTION – DÉPISTAGE
8 mesures – 37 actions

PRÉVENTION

Mesure 10. Poursuivre la lutte contre le tabac

ACTIONS

10.1 Réduire l'attractivité des produits du tabac.

10.2 Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique.

10.3 Rendre plus régulière la publication de données sur la consommation de tabac.

10.4 Mettre en œuvre les mesures de protection des mineurs face au tabagisme adoptées dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

10.5 Aboutir à l'interdiction de la vente des produits du tabac par Internet par la signature d'un protocole additionnel à la convention cadre lutte antitabac en 2011.

Mesure 11. Promouvoir des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers.

ACTIONS

11.1 Informer les élus et fonctionnaires territoriaux sur les liens entre nutrition et cancers et sur le rôle de l'activité physique dans leur prévention.

11.2 Soutenir des études sur les freins ou difficultés pour le développement d'une pratique d'activité physique, perçus tant par les habitants que les professionnels (architectes, urbanistes, animateurs sportifs et socioculturels...).

11.3 Promouvoir des actions de sensibilisation sur l'activité physique auprès des futurs retraités, auprès des employeurs et des comités d'entreprise.

11.4 Améliorer la connaissance sur le risque nutritionnel et la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de cancer.

11.5 Préciser sur les contenants de boissons alcooliques la quantité d'alcool contenue afin de faciliter l'estimation de sa consommation.

11.6 Renforcer les aides aux personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool.

11.7 Mettre en œuvre les mesures relatives à l'offre d'alcool adoptées dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » destinées à limiter l'offre d'alcool à destination des mineurs, dans les points de vente de carburant ainsi que les dispositions relatives aux « happy hours » et à la publicité encadrée sur Internet.

Mesure 12. Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement en particulier dans le domaine professionnel

ACTIONS

12.1 Améliorer le recensement des cancers d'origine professionnelle.

Mesure 16. **Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.**

ACTIONS

16.1 Augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.

16.2 Définir les modalités d'évolution vers de nouvelles techniques de dépistage et des stratégies des programmes nationaux de dépistage.

16.3 Déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire.

16.4 Définir les modalités techniques permettant d'exploiter pleinement les possibilités offertes par les mammographes numériques pour le dépistage du cancer du sein.

16.5 Étudier l'impact des nouvelles technologies de recherche du papillomavirus et de la vaccination sur l'ensemble de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

16.6 Expérimenter des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus en permettant l'accès au dépistage des femmes peu ou non dépistées.

Mesure 17. **Assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers**

ACTIONS

17.1 Définir une stratégie de détection précoce du cancer de la prostate.

17.2 Améliorer la détection précoce des cancers de la peau.

17.3 Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale.

17.4 Prendre en compte les nouvelles opportunités de dépistage en fonction de l'évolution des connaissances et des traitements.

AXE SOINS
7 mesures – 27 actions

Mesure 18.
Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

ACTIONS

18.1 Coordonner les parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement grâce à des coordonnateurs de soins.

18.2 Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance.

18.3 Partager les données médicales entre professionnels de santé.

X. RESUME

OBJECTIF : Evaluer les pratiques de dépistage de la dénutrition chez les patients atteints d'un cancer auprès des médecins généralistes libéraux dans la région Poitou Charentes

MATERIELS ET METHODES : Nous avons réalisé une étude prospective observationnelle à partir d'un questionnaire à remplir en ligne. Etaient inclus les médecins généralistes libéraux de la région Poitou-Charentes ayant une activité libérale exclusive ou ayant une activité libérale prédominante si une activité en structure était existante et dont l'adresse du courriel était valide.

RESULTATS : Du 18 février 2015 au 22 avril 2015, 92 répondants ont été inclus : 54,3% de sexe masculin (n=50) et 45,7 % de sexe féminin (n=42) avec un sexe ratio de 1,19. Le poids (85% des médecins interrogés, n=79) et l'index de masse corporelle (82,6% des médecins interrogés, n=76) sont principalement utilisés pour dépister une dénutrition chez le patient cancéreux. Seuls 19,6% (n=18) déclaraient utiliser les échelles de dénutrition (Mini-nutritionnal assessment, Nutritionnal Risk ou autre) et 23,9% (n=22) déclaraient utiliser l'évaluation des ingesta. Au niveau biologique, le dosage sérique de l'albumine est l'élément le plus utilisés par 97,8% des médecins interrogés (n=90). Le manque de formation sur la prise en charge de la dénutrition et la prescription de compléments alimentaires est le principal obstacle au diagnostic de la dénutrition selon 35,9% des répondants (n=33).

CONCLUSION : La dénutrition impacte directement sur la survie des patients atteints de cancer. Les médecins généralistes ont conscience du problème de la dénutrition et de ses conséquences, et ils estiment que sa prise en charge est prioritaire. L'implication du patient dans sa prise en charge nutritionnelle doit aussi être ciblée.

MOTS CLES : Dénutrition, cancer, médecine générale, dépistage

XI. SERMENT D’HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure (au nom de l'être suprême), 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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.