

2024-2025

# THÈSE

pour le

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

# Vécu et implication des médecins généralistes dans les soins palliatifs précoces pour leurs patients suivis en oncologie

Une étude qualitative en Pays de la Loire

**NGUYEN Tien Tuan**

Né le 03/08/1980 à Hung Yen (VIETNAM)

Sous la codirection des Dr GOURD Vincent  
et Dr SCHMETS Hélène

Membres du jury

M. le Pr CONNAN Laurent | Président

M. le Dr GOURD Vincent | Directeur

Me. le Dr SCHMETS Hélène | Codirectrice

M. le Pr PY Thibault | Membre

Me. le Dr VANBOCKSTAEL Julie | Membre

Soutenue publiquement le :  
23/01/2025



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné **NGUYEN Tien Tuan**  
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **23/01/2025**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Cédric ANNWEILER

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** :  
Pr Sébastien FAURE

**Directeur du département de médecine** : Pr Vincent DUBEE

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIQUE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERNEROLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine

PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine

BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIostatistiques, Informatique Médicale	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine



PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

<b>ATER</b>		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
<b>PAST-MAST</b>		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

# REMERCIEMENTS

**À Monsieur le Professeur Laurent Connan**, qui m'honore en présidant ce jury, merci pour votre attention précieuse portée à ce travail.

**À Monsieur le Professeur Thibault Py**, merci d'avoir accepté de juger ce travail. Votre présence m'est très précieuse.

**À Madame le Docteur Julie Vanbockstael**, merci d'avoir accepté de juger cette thèse et pour l'intérêt que vous lui portez.

**À Monsieur le Docteur Vincent Gourd**, directeur de thèse, pour votre encadrement et vos conseils tout au long de cette recherche.

**À Madame le Docteur Hélène Schmets**, codirectrice de thèse, pour votre implication et vos précieux conseils dans ce travail.

Je remercie sincèrement les médecins généralistes qui ont accepté de participer aux entretiens, sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour.

À tous les médecins généralistes et hospitaliers ainsi qu'à leurs équipes, rencontrés durant mes stages, de l'externat à Rennes, à l'internat en Sarthe, en Mayenne et en Maine-et-Loire, pour ce qu'ils m'ont transmis. Merci à tous mes enseignants pour avoir contribué à ma formation.

À mes parents et mes beaux-parents, merci pour votre amour et votre soutien constant tout au long de ces années d'étude et au-delà. Vous m'avez donné une base solide, et votre exemple m'inspire chaque jour.

À toi, Phuong, mon amour. Merci de me rendre plus fort chaque jour et de me faire rire quotidiennement. Ta présence et ta bienveillance m'ont permis d'atteindre le terme de mon parcours.

À mes enfants, Alicia, Clara et Elisa, votre présence m'a donné le courage d'achever ces longues années d'étude. Je vous aime du fond du cœur.

À mes frères et sœurs, Anh Phong, Chi Hanh, Em Tinh et Em Thanh, pour ces moments en famille qui m'ont permis de me ressourcer.

À mes amis Men, Ber, Anne, Loan, Elie, Hang, Minh, Thao, Liem et tous les autres, merci de votre amitié précieuse. Je vous souhaite de réussir et d'être heureux, et espère que nous serons toujours là les uns pour les autres.

## Liste des abréviations

ASCO	American Society of Clinical Oncology
DES	Diplôme d'Étude Spécialisé
EMSP	Équipe Mobile de Soins Palliatifs
HAD	Hospitalisation à domicile
LISP	Lits identifiés en Soins Palliatifs
MG	Médecin généraliste
MSU	Maître de Stage Universitaire
OMS	Organisation mondiale de Santé
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
SP	Soins Palliatifs
USP	Unités de Soins Palliatifs

# Plan

## SERMENT D'HIPPOCRATE

## INTRODUCTION

## MÉTHODES

1. L'intérêt d'une méthode qualitative
2. Type de la population de l'étude et recrutement de l'échantillon
3. Technique de recueil de données
4. Analyse des données
5. Aspect réglementaire

## RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population de l'échantillon et des entretiens
2. Thèmes issus de l'étude qualitative
  - 2.1. Représentations des SP précoces en oncologie
    - 2.1.1. La notion des SP précoces en oncologie
    - 2.1.2. Les représentations négatives des SP précoces
    - 2.1.3. Les représentations positives des SP précoces
  - 2.2. Le rôle du MG dans l'accompagnement des patients en SP précoces
    - 2.2.1. Rôle en première ligne de soins
    - 2.2.2. Rôle de coordination des soins dans une équipe multidisciplinaire
      - a) Rôle de coordination des soins
      - b) Place centrale dans la communication interdisciplinaire
    - 2.2.3. Rôle de soutien émotionnel et psychologique
      - a) Soutien de patients
      - b) Soutien de proches
  - 2.3. Les défis rencontrés par les MGs
    - 2.3.1. Formation insuffisante en SP
    - 2.3.2. Le sentiment de perte de contact avec le patient
    - 2.3.3. La difficulté d'aborder les SP précoces
    - 2.3.4. L'isolement et le manque de ressources
    - 2.3.5. Le défi de la collaboration avec les spécialistes
  - 2.4. Les pistes d'amélioration pour l'intégration des SP en médecine générale
    - 2.4.1. Renforcement des formations en SP
    - 2.4.2. Amélioration de la communication interdisciplinaire
    - 2.4.3. Anticipation

## DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Résultats principaux
2. Forces et limites de l'étude
3. Le rôle central du MG en SP précoces en oncologie
  - 3.1. Le rôle pivot du MG dans le parcours de SP précoces
  - 3.2. Coordination des soins : un rôle de pivot pour les MGs
  - 3.3. Le soutien émotionnel : un rôle principal du MG en SP précoces
  - 3.4. Défis et perspectives d'amélioration du rôle des MG en SP précoces

#### **4. Nécessité d'une meilleure coopération interdisciplinaire et implication des différents intervenants dans la prise en charge en SP précoces**

- 4.1. Importance de la coopération interdisciplinaire dans les SP précoces
- 4.2. Contribution des MGs à l'interdisciplinarité
- 4.3. Différents intervenants dans la prise en charge en SP précoces
- 4.4. Vers une meilleure coordination interdisciplinaire : les défis à surmonter
- 4.5. Solutions pour une meilleure intégration des SP précoces

#### **5. Conclusions**

#### **BIBLIOGRAPHIE**

#### **LISTE DES TABLEAUX**

#### **TABLE DES MATIERES**

#### **ANNEXE**

# INTRODUCTION

Les soins palliatifs (SP) visent une prise en charge globale des patients atteints de maladies graves ou incurables, incluant la gestion de la douleur physique, des souffrances psychologiques, sociales et spirituelles. Selon l'OMS, les SP peuvent s'initier dès le début de la maladie en parallèle aux traitements curatifs (1). En France, les SP incluent différentes structures : Unités de Soins Palliatifs (USP) pour des situations complexes ; Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP) au sein d'hôpitaux pour faciliter les transitions entre domicile et hôpital ; Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) pour apporter soutien et conseils aux soignants en institutions ou à domicile ; Hospitalisation à Domicile (HAD) pour des soins intensifs et coordonnés au domicile du patient, offrant une alternative à l'hospitalisation en institution (2). Les SP précoces en oncologie visent à accompagner le patient dès l'annonce d'une maladie grave, sans attendre la phase terminale (3). Contrairement à la prise en charge traditionnelle de fin de vie, ces soins intégrés interviennent en parallèle des traitements curatifs. Ce modèle est soutenu par des recommandations internationales, notamment de l'ASCO (2012, 2017), qui soulignent des bénéfices significatifs pour les patients : amélioration de la qualité de vie, réduction de symptômes, moindre agressivité des soins en fin de vie, et soutien psycho-social pour les proches (4,5). La mise en œuvre des SP repose sur une approche centrée sur le patient, prenant en compte non seulement ses besoins physiques mais aussi ses besoins psychologiques et sociaux.

Cette approche globale, également défendue par l'OMS, favorise une meilleure adaptation à la maladie et aide le patient et ses proches à mieux gérer le parcours de soins. Les recommandations de l'ASCO indiquent notamment que les soins précoces encouragent la création d'une alliance thérapeutique entre le patient et les professionnels, facilitent la prise de décision médicale partagée et clarifient les objectifs thérapeutiques. En effet, plusieurs

études ont montré qu'une prise en charge palliative précoce permet de réduire le recours à des traitements invasifs en fin de vie, tout en optimisant le bien-être du patient (6–9). Elle diminue également les coûts de santé en limitant les hospitalisations et les soins intensifs inutiles (10). En ce sens, l'intégration précoce des SP représente un changement de paradigme important, orientant la prise en charge vers une médecine centrée sur la qualité de vie et le respect des souhaits du patient (3,4).

Les médecins généralistes (MGs) occupent une place centrale dans les SP à domicile pour les patients atteints de cancer. Leur rôle est essentiel pour assurer une continuité des soins, mais il est parfois fragilisé par un manque de formation spécifique et une coordination limitée avec les oncologues. Bien qu'ils soient souvent les premiers interlocuteurs, les MGs rapportent un sentiment d'isolement dû à un manque d'informations sur les traitements oncologiques et une marginalisation dans le parcours des soins hospitaliers (11–14).

Plusieurs études montrent que les MGs ont un rôle d'accompagnement privilégié grâce à leur proximité et à leur relation de confiance avec les patients, en particulier au moment de la prise de décision et de l'annonce du diagnostic de cancer. Toutefois, ces études soulignent aussi que les MGs sont rarement impliqués en SP précoces. En Gironde et en Ille-et-Vilaine, des recherches qualitatives révèlent que, malgré une évolution des perceptions, les SP précoces restent perçus comme des soins de fin de vie imminente. Les MGs hésitent souvent à introduire le terme "soins palliatifs", par crainte de susciter l'angoisse chez les patients, même en phase avancée. Ce manque de communication et la connotation négative du terme renforcent les réticences à initier les SP précoces (15,16).

En l'absence de recherches dédiées à l'analyse de la place du MG lors du passage aux SP précoces dans le parcours oncologique, notre étude vise à explorer le vécu et l'implication des MGs pendant cette phase cruciale.

# MÉTHODES

## 1. L'intérêt d'une méthode qualitative

Notre travail est une étude qualitative qui est menée auprès de MG de la région Pays de la Loire. A travers des entretiens individuels semi-directifs, il s'agit d'explorer le vécu des MG au moment du relais médical lors du diagnostic de SP dans le parcours du patient suivi en oncologie au stade palliatif précoce.

La méthode qualitative est plutôt adaptée à l'étude de phénomènes sociaux et permet d'en comprendre l'existence et la signification. C'est une recherche dite inductive car elle permet de créer des hypothèses pouvant être ensuite vérifiées par des méthodes quantitatives. La posture inductive accorde la primauté à l'enquête, à l'observation, voire à l'expérience des personnes interrogées et essaie d'en tirer des leçons plus générales, des constats universaux. Elle est particulièrement adaptée lorsque le domaine est mal connu (17).

## 2. Type de la population de l'étude et recrutement de l'échantillon

Les chercheurs ont inclus des participants aux caractéristiques variées spécialisés en médecine générale : de sexes féminin et masculin ; de tous âges ; exerçant en cabinet semi-urbain, rural ou urbain ; ayant déjà suivi des patients en situation palliative ou non.

Les critères d'inclusion sont : avoir une activité principale de médecine générale ; exercer en Pays de la Loire.

Par hypothèse d'une influence sur les résultats :

- De l'expérience : nous avons sélectionné des médecins avec des profils variés notamment sur l'âge, la durée d'installation et les formations complémentaires.



- Des modalités d'exercice et de l'environnement professionnel : nous avons sélectionné des médecins remplaçants ou installés, avec des lieux d'exercice caractérisés par des densités médicales différentes.

Le recrutement des MGs interrogés est réalisé :

- Le but étant que les différents lieux d'exercice (rural/semi-urbain et urbain) soient représentés dans l'étude.
- Par effet « boule de neige », les médecins interrogés aiguillent le chercheur vers de futurs participants pertinents à recruter.
- A l'occasion d'un stage.

Un courriel est ensuite adressé aux MGs choisis en leur demandant leur accord pour la participation à l'étude. Le courrier électronique n'entre pas dans les détails du sujet mais stipule uniquement qu'il aborde la thématique des SP précoces.

### **3. Technique de recueil de données**

Le recueil des données est réalisé via des entretiens semi-directifs effectués à partir d'une grille d'entretien rédigée au préalable (Annexe 1). Les entretiens sont enregistrés par dictaphone.

Les entretiens se déroulent de juillet à septembre 2024. Ils ont lieu sur le lieu de travail des MGs interrogés. L'enregistrement des données est effectué en double technique via un Dictaphone et l'application « MyRecorder » de téléphone, après consentement oral des participants.

### **4. Analyse des données**

La retranscription intégrale des entretiens ou verbatim est manuelle, sur le logiciel Word®. Les propos sont anonymisés. L'analyse est effectuée par le chercheur qui a effectué les entretiens.

L'analyse est réalisée en plusieurs étapes dans le cadre d'une analyse thématique. Les verbatims sont lus intégralement, à plusieurs reprises. Un codage axial (ou encodage axial), soit une identification des segments porteurs de sens, est mené sur chaque entretien. Celui-ci est réalisé de façon ouverte, soit sans aucune grille d'analyse établie au préalable. Puis les données encodées sont confrontées, regroupées, classées et ainsi des thèmes et sous-thèmes seront identifiés. Cette classification thématique est enrichie progressivement grâce à l'analyse croisée des entretiens. Les données encodées sont recopiées manuellement sur un fichier Excel. L'ensemble des verbatims y est importé et l'encodage thématique construit manuellement y est reproduit. Le tableau Excel permet de visualiser de façon transversale, par thèmes et sous-thèmes, l'ensemble des données encodées. Une étape descriptive est menée en recherchant les termes avec la plus grande occurrence dans l'ensemble des verbatims.

Enfin, une étape interprétative est effectuée. Les données de la classification thématique sont structurées en intégrant le contexte de l'étude. Le chercheur s'intéresse à la construction de sens et des thèmes en rapport avec la question de recherche. Ainsi, des sélections sont effectuées, des connexions et associations entre thèmes et sous-thèmes sont créées. Par induction, des thèmes principaux émergent et forment une théorie qui vise à répondre à l'objet de recherche.

## **5. Aspect réglementaire**

Notre étude s'inscrit dans la recherche n'impliquant pas la personne humaine (non-RIPH).

Le cadre légal se situe hors loi Jardé 1, les avis du comité de protection des personnes et du comité d'éthique ne sont donc pas sollicités.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques de la population de l'échantillon et des entretiens

Trente-trois MGs ont été contactés afin de réaliser les entretiens. Dix d'entre eux ont répondu favorablement. Le taux de participation est de 30,3%. Dix MGs sont donc interrogés de juillet à septembre 2024. Leurs profils sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau I : Population de l'étude et durée d'entretien**

	Genre	Age	Mode d'exercice	Durée d'installation	Département	Typologie <sup>1</sup> / Zone ARS	Formation complémentaire	Durée de l'entretien
<b>E1</b>	F	34	Association à 5	5 ans	Maine et Loire	Urbaine/ ZAC	Aucune	19,56 min
<b>E2</b>	F	32	Remplaçante	Non	Maine et Loire	Semi-rurale/ ZAC	Aucune	24,26 min
<b>E3</b>	H	52	Association à 7	>20 ans	Sarthe	Semi-rurale/ ZIP	MSU	23,47 min
<b>E4</b>	H	54	Association à 7	>20 ans	Sarthe	Semi-rurale/ ZIP	MSU	19,42 min
<b>E5</b>	F	36	Association à 5	4 ans	Maine et Loire	Semi-rurale/ ZAC	DU pédiatrique	22,05 min
<b>E6</b>	H	41	Association à 3	12 ans	Mayenne	Semi-rurale/ ZAC	MSU	20,34 min
<b>E7</b>	H	41	Association à 8	8 ans	Sarthe	Semi-rurale/ ZAC	MSU	23,05 min
<b>E8</b>	F	35	Association à 8	3 ans	Sarthe	Semi-rurale/ ZAC	Aucune	26,57 min
<b>E9</b>	F	34	Association à 3	3 ans	Maine et Loire	Urbaine/ HZ	Aucune	20,12 min
<b>E10</b>	H	36	Association à 6	5 ans	Maine et Loire	Semi-rurale/ ZAC	MSU	29,01 min

<sup>1</sup>Zonage médecin publié par l'ARS Pays de la Loire en 07/2023 : définition de zones caractérisées par une offre de soins médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (18)  
 Abréviations : E x : Entretien numéro x ; ARS : Agence Régionale de santé ; ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire ; ZAC : Zone d'Action Complémentaire ; HZ : Hors Zonage ; DU : Diplôme Universitaire ; MSU : Maître de Stage Universitaire ; M : Masculin ; F : Féminin

50% d'hommes et 50% de femmes sont interrogés. Leur âge est variable s'étendant de 31 à 54 ans. Ils exercent principalement en association. Pour deux d'entre eux, l'installation est ancienne (>20 ans), pour sept d'entre eux l'installation est récente ou semi-récente (<20 ans), et enfin un d'entre eux n'est pas installé et remplace principalement dans les zones renseignées ci-dessus (Tableau I). La majorité exerce en milieu semi-rural. La majorité des MGs interrogés

n'ont pas de formations complémentaires. Cinq MGs sont des maitres de stage universitaire (MSU).

Le recueil de données est réalisé en présentiel dans le cabinet des dix MGs. Aucun des MGs n'a refusé de répondre à l'une des questions de l'entretien. La durée moyenne d'entretien est de 22,7 minutes avec une minimale à 19,42 minutes et une maximale à 29,01 minutes. Le corpus total représente 3 h et 47 min d'entretien et 31 042 mots retranscrits.

Le point de saturation des données est obtenu au 9ème entretien, cela se confirme au 10ème entretien.

## **2. Thèmes issus de l'étude qualitative**

Quatre principaux thèmes sont ressortis de ces entretiens : Les représentations des SP précoces en cancérologie, le rôle du MG dans l'accompagnement des patients en SP précoces, les défis rencontrés et les pistes d'amélioration pour l'intégration des SP précoces en médecine générale. De nombreux sous-thèmes ont également été abordés mais par choix méthodologique, ces derniers ne seront pas tous développés dans la partie « résultats ».

### **2.1. Représentations des SP précoces en oncologie**

Les entretiens ont permis de repérer différentes représentations des SP précoces en oncologie.

#### **2.1.1. La notion des SP précoces en oncologie**

Pour de nombreux MGs, les SP se situent à la frontière entre la fin des traitements curatifs et l'accompagnement jusqu'à la fin de vie : « *Tout ce qui est un peu soins de support, tous les à-côtés de la prise en charge oncologique, par exemple la nutrition, les soins de nursing, la prise en charge de la douleur, prise en charge de toutes les conséquences des traitements, que ce soit dermatologique ou psychologique ou autre. Pour moi, c'est un petit peu tous les à-côtés qu'on va mobiliser pour la prise en charge.* » (E1), « *Mais les soins palliatifs précoces,*

*pour moi, c'est vraiment quand on sait que les patients ne seront jamais guéris. Pour des maladies incurables, pour moi, c'est ça. » (E2). Avec l'objectif « Dès qu'on est dans le palliatif, il y a tout de suite des soins, probablement, qu'on peut mettre pour améliorer le confort des patients, leur qualité de vie, les soulager. » (E5).*

Cependant, cette vision, bien que commune, est souvent simplifiée. Certains MGs reconnaissent qu'ils découvrent seulement la notion de « SP précoces » : *« Je dirais que je découvre la notion de soins palliatifs précoces. » (E1)*, qui inclut des soins dès qu'il devient évident que la guérison n'est plus possible, même si le patient peut encore bénéficier de traitements destinés à prolonger la vie ou à améliorer sa qualité.

Les SP ne se limitent donc pas aux derniers moments de la vie, mais incluent également la gestion des symptômes, le soutien psychologique et la prise en charge des effets secondaires des traitements.

Cependant, une distinction reste floue entre soins curatifs et palliatifs pour certains praticiens. Cette ambiguïté contribue à une certaine méconnaissance des SP précoces, comme en témoignent des propos tels que : *« Je n'avais pas la notion de distinction entre les soins palliatifs précoces et les soins palliatifs définitifs, terminaux. » (E1)*. Ce manque de clarté influence la manière dont les médecins abordent ce type de prise en charge avec leurs patients.

### **2.1.2. Les représentations négatives des SP précoces**

Les SP précoces souffrent d'une perception négative, souvent associés à la fin de vie imminente. Cette idée pousse de nombreux MGs à éviter d'utiliser ce terme, craignant de provoquer un choc psychologique ou une baisse de moral chez leurs patients. Certains MGs rapportent des difficultés à aborder ce sujet, redoutant de briser la stabilité des patients qui continuent à mener une vie relativement normale malgré une maladie incurable. Cette réticence traduit une méconnaissance du rôle des SP précoces, souvent mal compris par les

patients et parfois refusés : *« Je ne me sentirais pas prête à leur dire, j'aurais peur qu'au niveau du moral ça flanche et tout ça. »* (E2).

Cette peur de l'étiquetage des patients en SP peut également conduire à des malentendus sur la nature des soins, tant chez les patients que chez les professionnels de santé eux-mêmes. Pour certains, les SP représentent la fin de tout espoir, une dernière étape avant la mort, ce qui contribue à une réticence générale à les évoquer trop tôt : *« Il y a toujours ce sentiment quelque part un peu enfoui pour tout le monde, de se dire zut, zut pour le patient. Entre guillemets, c'est terminé pour lui. »* (E1).

### **2.1.3. Les représentations positives des SP précoces**

Malgré ces perceptions négatives, les SP sont également perçus comme une des pratiques médicales les plus valorisantes par certains médecins. Ils y voient une opportunité d'accompagner leurs patients de manière humaine, en privilégiant le confort et la qualité de vie sur la durée. Un médecin souligne à ce sujet : *« Je trouve que les soins palliatifs, c'est une des plus belles médecines. »* (E5). Cet enthousiasme vient souvent d'expériences personnelles ou professionnelles marquantes, où l'accompagnement en fin de vie a permis de tisser des liens humains profonds avec les patients et leurs familles : *« Parce qu'on avait vécu des histoires médicales mais humaines, vraiment qui avaient un grand sens. »* (E5).

Dans le cadre des SP précoces, les MGs soulignent l'importance de maintenir l'autonomie des patients le plus longtemps possible : *« Je crois que ce qu'on souhaite privilégier, c'est la qualité de vie la plus normale possible et l'autonomie la plus longue possible des gens. »* (E4). Ils valorisent également l'idée que ces soins ne sont pas simplement un accompagnement passif, mais une manière active d'améliorer la qualité de vie à travers des soins de support variés : gestion de la douleur, nutrition, soins psychologiques, etc : *« Je pense que si on s'en tient à ce que je mets dans le vocable de soins palliatifs précoces : c'est-à-dire traitement de la*

*douleur, ça ne peut être que bénéfique ; prise en charge psychologique, ça ne peut être que bénéfique aussi ; tout ce qui est nutrition, prévenir la dénutrition, prévenir même les difficultés, tout ce qui va être, je ne sais pas, encombrement salivaire, respiratoire, des choses comme ça. Effectivement, ça ne peut que donner du confort et améliorer le quotidien du patient. »* (E1). Pour certains praticiens, ces soins précoces peuvent même être perçus comme une prolongation des soins curatifs, dans le sens où ils continuent d'améliorer la condition de vie des patients : *« Dès qu'on est dans le palliatif, il y a tout de suite des soins, probablement, qu'on peut mettre pour améliorer le confort des patients, leur qualité de vie, les soulager. »* (E5).

## **2.2. Le rôle du MG dans l'accompagnement des patients en SP précoces**

### **2.2.1. Rôle en première ligne de soins**

Le MG, en tant que médecin de famille, a un rôle particulier à jouer dans cette prise en charge globale, en étant souvent le professionnel de santé le plus proche et le plus accessible. Les MGs sont souvent les premiers à être sollicités par les patients pour discuter des symptômes ou de la progression de leur maladie. Ce rôle de première ligne signifie qu'ils sont fréquemment confrontés à la détérioration progressive de l'état de santé du patient, ce qui les oblige à avoir une bonne maîtrise des différentes étapes du parcours de SP précoces : *« Je suis sollicité parce qu'en première ligne, en tant que médecin traitant »* (E1) ; *« J'essaye d'assurer leur suivi d'une manière ou d'une autre, je reste à leur disposition. [...] Je vais quand même essayer de les faire passer afin de voir vite. »* (E5).

Il décrit les SP comme un moment de grande responsabilité dans la profession médicale, insistant sur l'importance de bien organiser la prise en charge pour que les choses se passent au mieux : *« C'est un peu un moment de grande responsabilité de notre métier, de notre profession. Et c'est quelque chose que je mets un point d'honneur à essayer d'organiser*

*convenablement pour que les choses se passent du mieux possible. » (E7). Dans les SP précoces en oncologie, le MG agit souvent en tant que coordinateur des informations reçues par les différents spécialistes : « J'ai l'impression que je me situe davantage comme une sorte de synthétiseur de tout ça. Quelqu'un qui fait la synthèse, qui reçoit tout. » (E6).*

Le MG, par son implication dans les soins du quotidien, joue un rôle de fil conducteur. Comme un médecin l'explique : « *Les gens viennent me voir quand ils ont des questions précises [...] Moi, je me vois plus comme une sorte de surveillance un peu latente pour voir s'il n'y a pas de soucis. » (E3).*

La continuité de soins porte une place indispensable du MG. Le MG a souvent une connaissance globale du patient et de son environnement familial. Contrairement à d'autres professionnels, qui interviennent de manière plus ponctuelle, il est capable de percevoir les changements dans l'état du patient au fil du temps, de saisir des détails sur son état émotionnel, et de comprendre ses souhaits personnels concernant son traitement. Cette continuité de soins est essentielle, notamment dans le cadre des SP précoces : « *Donc, je n'ai pas l'impression qu'il y ait eu un relais. J'ai l'impression qu'il y a une continuité, en fait. » (E5).*

Dans ce contexte, le MG ne voit pas son rôle comme une transition vers des soins spécialisés, mais plutôt comme une continuité dans la prise en charge du patient. Cela signifie qu'il n'y a pas un moment précis où il délègue totalement la gestion des soins à des équipes spécialisées. Comme l'exprime bien ces médecins : « *Je trouve que c'est très bien en tant que généraliste qu'on puisse garder notre place jusqu'au bout. [...] C'est notre place de généraliste d'être là dans la continuité, c'est dans le parcours de vie des gens en fait. » (E5) ; « J'ai toujours un sentiment de peine pour eux, d'un côté, de tristesse, et d'autre côté un sentiment de responsabilité en disant bon maintenant il faut les accompagner correctement jusqu'au bout. » (E4). Ces phrases soulignent l'importance pour le MG de rester un acteur clé dans le parcours du patient, du diagnostic de SP précoces jusqu'à son décès. De plus, cette continuité permet*



de répondre à des besoins qui dépassent le cadre strictement médical, par exemple en gérant des douleurs sans lien direct avec la maladie cancéreuse, ou en offrant un soutien psychologique. Cela montre que le MG reste un interlocuteur polyvalent et rassurant pour le patient.

## **2.2.2. Rôle de coordination des soins dans une équipe multidisciplinaire**

### **a) Rôle de coordination des soins**

Bien que le MG conserve une place centrale dans les soins du patient, il doit aussi travailler en étroite collaboration avec des équipes spécialisées, comme les oncologues, les EMSP et l'HAD : « *En médecine générale, on est quand même coordonnateur des soins des patients.* » (E2). Il devient alors un pivot dans ce réseau de soins, facilitant la communication entre les différents acteurs pour offrir une prise en charge complète au patient.

Le MG décrit son rôle comme celui de « *mettre un peu de l'huile dans les rouages* » pour s'assurer que les besoins du patient sont couverts de manière proactive : « *Mon rôle, c'est de faire du lien [...] C'est un peu notre rôle de mettre un peu de l'huile dans les rouages et d'avoir un rôle dans la coordination de tout ça.* » (E7). Il mentionne l'importance de planifier des réunions avec les infirmières, aides à domicile, kinésithérapeutes et familles pour garantir que le patient reste dans les meilleures conditions possibles à domicile : « *On peut coordonner une mise en place des réunions. On coordonne et on réexplique parce que souvent les gens n'ont pas de questions auprès du spécialiste le jour même.* » (E9).

### **b) Place centrale dans la communication interdisciplinaire**

La communication interdisciplinaire est un pilier essentiel pour assurer une coordination fluide entre les MGs, les oncologues, et les équipes de SP et les autres acteurs en SP. Comme le soulignent plusieurs MGs, la communication entre les différents acteurs de la santé est

primordiale pour garantir une prise en charge continue et adaptée : « *Il est crucial d'avoir accès à toutes les informations pour suivre au mieux le patient.* » (E6).

Les oncologues sont souvent les premiers à établir le diagnostic et à initier les traitements curatifs. Toutefois, lorsqu'une transition vers des SP, les MGs jouent un rôle clé pour coordonner les soins à domicile et relayer les informations des spécialistes. Cela implique non seulement de recevoir les comptes rendus des oncologues : « *La communication avec l'oncologue est primordiale pour assurer une prise en charge cohérente.* » (E5).

Les témoignages des MGs révèlent que la communication avec les oncologues repose principalement sur des courriers et des comptes rendus. Dans la plupart des cas, les MGs reçoivent les informations concernant l'évolution du patient sous la forme de comptes rendus écrits, envoyés à la suite des consultations en oncologie. Cependant, cette approche crée parfois une distance entre les deux parties, car les courriers ne permettent pas de capturer pleinement les préoccupations des patients ou les subtilités de leur état de santé : « *C'est des courriers très protocolaires, c'est-à-dire qu'ils sont pré-remplis. On sent que c'est toujours la même chose, etc.* » (E1).

Certains MGs reconnaissent la valeur des échanges téléphoniques, mais notent que ces derniers sont rares, principalement en raison du manque de temps et de la surcharge de travail : « *C'est parfois compliqué de coordonner les soins quand les spécialistes ne sont pas disponibles.* » (E2) ; « *Quand l'oncologue m'informe bien, je peux mieux soutenir le patient.* » (E7) ; « *Je n'ai pas de situation difficile, mais je trouve que la communication avec l'ICO se fait principalement par courriers. Même si les spécialistes sont joignables, je préfère l'échange direct, mais on manque souvent de temps.* » (E5). Ce manque de communication en temps réel peut entraîner des retards dans l'adaptation des soins ou dans la prise de décisions conjointes, notamment lorsqu'il s'agit de passer à une approche palliative : « *Parfois, les décisions des oncologues arrivent trop tard pour adapter les soins.* » (E1).

Une communication interdisciplinaire efficace en SP précoces repose également sur l'anticipation des besoins futurs du patient. Cependant, plusieurs MGs reconnaissent que cette anticipation est souvent insuffisante. *« En fait, ce sont des choses qu'on n'anticipe pas trop, parce que ce sont souvent des gens qui sont déjà pris en charge en traitement de première ligne, deuxième, troisième par des équipes spécialisées. »* (E4). Ce manque d'anticipation peut créer des lacunes dans la transition entre les soins curatifs et palliatifs.

Les MGs mettent en avant l'importance du soutien des EMSP et d'autres ressources externes, illustrant l'alliance sur ces équipes pour compenser les lacunes en compétences des MG. La collaboration avec les EMSP et l'HAD joue un rôle crucial dans cette transition : *« L'équipe mobile de soins palliatifs est hyper présente auprès des médecins généralistes. Ils nous font des grands comptes rendus avec des recommandations. »* (E9). Ces équipes facilitent non seulement la gestion des soins à domicile, mais offrent également un soutien aux généralistes lorsqu'il s'agit de décisions complexes concernant l'arrêt des traitements ou l'adaptation des soins en fonction de l'évolution de la maladie. Il note également le rôle des infirmiers coordinatrices : *« Les infirmières jouent un rôle clé, et notre collaboration est essentielle pour le bien du patient. »* (E7).

### **2.2.3. Rôle de soutien émotionnel et psychologique**

#### **a) Soutien de patients**

Au-delà des aspects techniques et médicaux, le MG accompagne le patient dans son cheminement psychologique face à la maladie. Cet accompagnement est essentiel dans le cadre des SP précoces, car il permet au patient de mieux appréhender sa situation et de planifier les étapes à venir : *« C'est de coordonner en premier lieu et puis il en découle une élaboration du projet de soins palliatifs et rapidement du projet de fin de vie du patient. »* (E7).

Lorsque le diagnostic de SP précoces est posé par le spécialiste, il n'est pas rare que les patients reviennent consulter leur MG avec un besoin de clarification. Comme l'illustre le témoignage de l'un des MGs interrogés, « *Souvent, les gens reviennent nous voir après avoir vu le spécialiste en disant : je ne comprends rien du tout à ce qu'il me dit* » (E3). En effet, les consultations avec les spécialistes, bien que cruciales pour poser un diagnostic et établir une stratégie thérapeutique, sont souvent techniques. Elles peuvent laisser les patients et leurs familles avec des questions sans réponse et un sentiment de confusion ou d'inquiétude quant à leur situation. C'est ici que le MG intervient en tant qu'interprète et médiateur entre les spécialistes et le quotidien du patient : « *Il faut savoir lui amener un peu d'espoir et lui dire que rien n'est fini.* » (E6) ; « *Je sens qu'ils ont besoin de parler, de se confier, et je suis là pour ça.* » (E3) ; « *Ils ont souvent peur de la suite, je leur apporte un peu de réconfort en restant présent.* » (E5).

En prenant le temps de discuter, d'expliquer, et de reformuler les informations fournies par le spécialiste, le MG permet au patient de mieux comprendre sa situation médicale. Cette compréhension est essentielle, non seulement pour une bonne adhésion aux soins, mais également pour alléger l'anxiété liée à l'incertitude. En clarifiant les termes médicaux et en reformulant les objectifs des SP, le MG « *explique le vrai côté palliatif, comme quoi ça peut tenir longtemps* » (E3), facilitant ainsi une transition plus douce vers l'acceptation de mise en œuvre d'une démarche palliative. Cette relation privilégiée permet de répondre aux questions laissées en suspens, tout en offrant un cadre rassurant pour discuter ouvertement des inquiétudes liées à la maladie et à la fin de vie.

Une consultation à domicile, dans un cadre familial, permet souvent de « *reparler de la situation avec le patient, d'essayer de sonder ce qu'il a compris, où est-ce qu'il en est au niveau de son cheminement psychologique vis-à-vis de l'acceptation ou pas de sa maladie.* » (E7), comme le précise l'un des MGs.

Dans cette démarche, l'objectif du MG est non seulement de soutenir le patient dans son cheminement émotionnel, mais aussi de l'aider à avancer vers une certaine forme d'acceptation : « *Le premier travail, ça va être justement de l'amener à aboutir cette trajectoire le plus possible* » (E7). Lorsque ce travail psychologique est entamé suffisamment tôt, il permet d'éviter des situations de crise émotionnelle plus tard dans le parcours de soins, notamment lors des phases avancées de la maladie, où les SP se renforcent.

## **b) Soutien de proches**

Le rôle du MG dans le soutien psychologique ne s'arrête pas au patient. Les familles, souvent en première ligne de l'accompagnement au quotidien, elles sont aussi des partenaires essentiels dans ce parcours de soins. Elles ont elles-mêmes besoin de soutien pour gérer leurs propres émotions face à la maladie d'un proche. Un MG évoque ainsi les moments où, une fois le diagnostic posé, il « *échange avec les familles, soit par téléphone ou lors d'une consultation* » (E8). Ces échanges permettent aux proches d'exprimer leurs inquiétudes et leurs doutes, mais aussi d'obtenir des informations sur la manière dont ils peuvent, à leur tour, soutenir leur parent malade.

Il ne s'agit pas uniquement de leur donner des informations médicales ou pratiques, mais aussi de les guider vers des ressources sociales et psychologiques, souvent nécessaires dans ces situations. Le MG peut orienter les familles vers « *des contacts d'associations de malades, de familles de malades* » (E7), ou vers des consultations psychologiques, qu'il s'agisse d'un soutien individuel ou de groupes de parole.

L'arrêt des traitements curatifs est l'occasion pour le médecin traitant de se rendre disponible pour le patient et son entourage en s'adaptant à leur temporalité face à l'évolution de la maladie : « *En l'absence d'armes thérapeutiques, je pense que ce qui est important pour*

*favoriser le cheminement du patient dans de bonnes conditions, c'est de montrer qu'il y a une présence et qu'on est disponible. » (E7).*

Le MG est souvent à l'initiative de la discussion sur les SP avec le patient, parfois avant même que les équipes spécialisées n'interviennent. Il insiste sur le fait qu'il est important de ne pas hésiter à poser rapidement un diagnostic de « soins palliatifs », car cela permet d'avancer plus sereinement dans la prise en charge. Selon lui, *« il ne faut pas avoir peur de dire soins palliatifs, ça fait avancer les choses. » (E5).* Cette démarche proactive aide non seulement le patient, mais aussi les autres professionnels de santé à mieux organiser la suite des soins.

## **2.3. Les défis rencontrés par les MGs**

### **2.3.1. Formation insuffisante en SP**

Pour de nombreux MGs, la formation en SP reste insuffisante. Leur manque de formation spécifique peut limiter leur efficacité et leur confort face à des situations cliniques complexes. Les MGs interrogés expriment unanimement le fait que leur formation initiale a été superficielle, souvent réduite à quelques cours théoriques durant l'externat ou l'internat. Un médecin témoigne : *« Je n'ai pas de formation en soins palliatifs particulière. J'ai eu quelques cours pendant l'externat, mais rien de significatif. » (E2).* Les SP, bien qu'abordés dans les programmes d'études sont souvent traités de manière trop brève. Cette lacune dans la formation initiale crée une base insuffisante pour faire face aux défis spécifiques de cette pratique. Un autre praticien raconte : *« Le niveau de formation, pour être honnête, est quasi nul. On s'est formé un peu sur le terrain, et on s'adapte en fonction des besoins. » (E4).* Cette réalité démontre que la majorité des MGs se trouvent en situation d'auto-formation, se reposant sur l'expérience acquise au fil du temps pour gérer les situations palliatives. Cependant, cette approche empirique ne compense pas l'utilité d'une formation structurée et approfondie qui pourrait les préparer à gérer les situations émotionnelles et cliniques

complexes rencontrés en SP. L'opportunité d'approfondir les SP par des formations continues est souvent mise de côté, les MG étant confrontés à des choix de formation en fonction des besoins les plus fréquents dans leur pratique quotidienne.

De plus, certains expriment qu'en tant que MGs, ils ne peuvent pas se spécialiser dans tous les domaines, et doivent choisir leurs formations continues en fonction de leurs appétences et des priorités de leur patientèle : « *Les soins palliatifs ne sont pas une formation que je ferai dans ma carrière. Chacun a ses domaines de prédilection. Pour moi, les soins palliatifs ne sont pas une priorité immédiate.* » (E8).

Dans plusieurs témoignages, les MGs mentionnent que les SP, surtout dans les phases avancées, sont souvent gérés par des EMSP ou des services d'HAD. Cette délégation, bien que soulageant pour les MGs, contribue à leur manque d'expérience directe : « *Je ne fais presque jamais de soins palliatifs, et pour les cas où je suis confrontée à cette situation, je délègue souvent aux équipes spécialisées.* » (E10).

### **2.3.2. Le sentiment de perte de contact avec le patient**

Dans le cadre de la prise en charge oncologique initial, l'une des premières impressions exprimées par les MGs est celle de voir leur patient « échapper » à leur contrôle une fois que le diagnostic de cancer est posé. Comme l'explique un médecin : « *Le patient m'échappe, parce qu'il a beaucoup de rendez-vous initiaux pour faire le bilan d'extension, pour faire l'annonce du diagnostic, pour faire les bilans pré-thérapeutiques... À partir du moment où il est sur les rails de la prise en charge oncologique, il devient inaccessible.* » (E1).

### **2.3.3. La difficulté d'aborder les SP précoces**

Lorsqu'il est question de SP précoces, les MGs rapportent une difficulté supplémentaire : celle de ne pas savoir quand et comment aborder cette phase avec leurs patients. Selon eux, le terme même de « soins palliatifs » est souvent évité par les équipes d'oncologie, ce qui

complique encore davantage leur tâche : « *Dans les patients que j'ai qui sont en cancéro, souvent, ce n'est pas étiqueté par les équipes d'oncologie de dire que c'est du soin palliatif précoce. Ce n'est jamais prononcé devant les patients.* » (E2). Cette incertitude, couplée à un manque de formation spécifique en SP, contribue à une certaine appréhension de la part des MGs.

#### **2.3.4. L'isolement et le manque de ressources**

Un autre aspect récurrent dans les témoignages des MGs est le sentiment d'isolement. Bien qu'ils reçoivent parfois des informations des spécialistes via des comptes rendus, ils se sentent souvent laissés seuls face à la gestion des SP : « *Je me trouve un peu démunie et en manque de ressources.* » (E8). Ce manque de collaboration étroite avec les équipes spécialisées est source de frustration et d'anxiété pour ces praticiens, qui ne disposent ni des ressources techniques ni de l'expertise nécessaire pour répondre pleinement aux besoins de leurs patients : « *On est quand même relativement isolés. En tout cas, c'est un peu le sentiment que j'ai, c'est d'isolement et de difficulté à prescrire.* » (E2).

Ce manque de soutien se fait particulièrement sentir dans les cas où le MG doit intervenir rapidement, notamment pour gérer des symptômes complexes ou mettre en place des traitements tels que la sédation profonde. Face à ces situations, les MGs admettent souvent se sentir démunis, ne disposant ni de l'expérience pratique nécessaire, ni des protocoles adéquats pour prendre les meilleures décisions pour le patient.

#### **2.3.5. Le défi de la collaboration avec les spécialistes**

Enfin, l'un des défis majeurs auxquels les MGs sont confrontés dans le relais des SP précoces réside dans la difficulté d'établir une collaboration fluide et efficace avec les spécialistes. Certains rapportent des difficultés d'accès aux oncologues ou à d'autres spécialistes lorsque des complications surviennent, laissant le MG dans une position délicate où il doit souvent



improviser des solutions temporaires pour ses patients : « *L'accès aux médecins référents, oncologues, pneumologues, urologues... il n'est pas toujours facile. On se retrouve à faire des choses un peu en... Nous, en ville, en ambulatoire, alors que je me dis que ce n'est peut-être pas là que le patient serait le mieux.* » (E8).

## **2.4. Les pistes d'amélioration pour l'intégration des SP en médecine générale**

### **2.4.1. Renforcement des formations en SP**

Pour pallier de lacune en formation initiale et en formation continue, l'organisation régulière de FMC centrées sur les SP serait une solution. Ces formations pourraient être organisées en partenariat avec les hôpitaux locaux, les EMSP et les HAD, comme le suggère un MG : « *Une rencontre avec l'équipe mobile de soins palliatifs, que l'on ne connaît pas encore, pourrait être utile.* » (E4) ; « *Il est essentiel d'avoir accès à des formations continues pour améliorer nos compétences dans ce domaine.* » (E8).

Une autre piste d'amélioration consiste à offrir aux MGs des outils concrets pour mieux accompagner les patients palliatifs à domicile : « *Ce qui nous pose problème, c'est l'accompagnement de fin de vie pur et dur, à domicile. Nous ne sommes pas très à l'aise avec cela.* » (E2), reconnaît un MG. Un soutien renforcé pour les MGs pourrait inclure des guides pratiques, des protocoles de prise en charge ou encore un accès facilité aux spécialistes en cas de situation délicate. La mise en place de réseaux locaux de SP, permettant une collaboration plus étroite entre MGs, EMSP et HAD, pourrait aussi être bénéfique. Cela permettrait de créer un système de soutien mutuel où les compétences de chacun sont partagées et valorisées.

### **2.4.2. Amélioration de la communication interdisciplinaire**

Les MGs, bien qu'au cœur de la prise en charge des patients, sont souvent confrontés à des difficultés dans la gestion des SP précoces en raison d'une communication interdisciplinaire

insuffisante : « *Ce n'est pas toujours simple de synchroniser les différents acteurs, surtout quand les délais sont serrés.* » (E2).

L'une des suggestions les plus récurrentes parmi les MGs est le besoin d'outils spécifiques pour faciliter la communication entre les différents professionnels impliqués dans les SP : « *Des outils pour faciliter la communication entre les différents professionnels seraient d'une grande aide.* » (E1). Des outils numériques pourraient permettre un partage rapide et fluide d'informations importantes sur l'état du patient, les traitements en cours, ainsi que les décisions prises par les spécialistes en SP. L'accès à des plateformes sécurisées, intégrant par exemple des comptes rendus médicaux et des alertes pour des réunions améliorerait la continuité et la qualité des soins : « *L'accès à des ressources en ligne m'aide, mais ce n'est pas suffisant.* » (E6) ; Ou bien des outils permettent des ajustements thérapeutiques : « *Des outils pratiques pour gérer la douleur et l'accompagnement sont essentiels.* » (E5).

D'autres MGs mentionnent qu'il ne faut pas hésiter à décrocher le téléphone pour contacter un spécialiste lorsqu'ils ont des questions, même si cela est parfois perçu comme une démarche intimidante au début de la pratique. Ce type de communication informelle et immédiate pourrait permettre de résoudre certaines situations plus efficacement et d'ajuster les soins en fonction des besoins individuels du patient : « *Je trouve qu'il ne faut pas hésiter à décrocher son téléphone, ce qu'on a un peu peur de faire quand on s'installe [...] Et je pense qu'on peut vraiment s'appuyer les uns sur les autres.* » (E5).

Plusieurs MGs estiment que la communication pourrait être améliorée par des échanges plus réguliers et des discussions plus approfondies sur l'état du patient : « *Organiser des réunions régulières permettrait de mieux coordonner les soins et d'améliorer la prise en charge des patients.* » (E9). La mise en place de réunions pluridisciplinaires régulières entre MGs, équipes de SP et autres professionnels de santé (infirmiers, psychologues, assistants sociaux) est une autre recommandation importante. Ces rencontres permettent de discuter des cas spécifiques,

de coordonner les actions et d'anticiper les besoins des patients. Elles favorisent également un partage d'expérience et de bonnes pratiques, renforçant ainsi la confiance des MGs dans leur capacité à accompagner leurs patients en fin de vie : *« Je pense que c'est une histoire de communication. On pourrait améliorer beaucoup de choses en facilitant les échanges, et cela permettrait une meilleure prise en charge des patients. »* (E10).

Il est primordial d'établir des protocoles communs entre professionnels, en particulier dans les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) : *« Le fait d'être organisé soit en CPTS, soit en maison de santé pluri-pro, je pense, faciliterait peut-être la prise en charge de ces soins palliatifs précoces sous forme de protocoles avec les autres professionnels de la maison de santé, les infirmières et tout ça. »* (E6). Ces protocoles (Pallia 10, fiche urgence pallia) faciliteraient une prise en charge standardisée et fluide des patients en SP précoces. L'utilisation de guides ou de check-lists partagés permettrait d'harmoniser les pratiques, de clarifier les responsabilités de chacun et d'éviter les malentendus dans la gestion des symptômes ou les interventions urgentes.

### **2.4.3. Anticipation**

L'un des premiers besoins exprimés par les MGs reste l'anticipation des situations complexes à domicile par le biais de discussions anticipées avec le patient et la rédaction de prescriptions anticipées. Comme le souligne un MG : *« Ce qui peut aider, c'est les conduites à tenir [...] en cas de thrombopénie, prévoir ceci ou prévoir cela, ou le patient à la consigne de faire ceci, cela. Tout ce qui est de l'ordre des directives anticipées. Ce ne sont pas les directives anticipées comme on l'entend avec les papiers [...] mais des directives anticipées de la part des médecins, un peu comme la fiche Palliat de l'équipe mobile. »* (E1). La rédaction d'une fiche urgence pallia souvent proposée par les EMSP, permet d'anticiper des situations d'urgence de SP avant qu'elles ne surviennent et d'apporter des réponses immédiates, réduisant ainsi l'incertitude

dans les premières heures. Ces directives devraient être élaborées en amont et fournies sous forme de protocoles simplifiés, afin que le généraliste ait les moyens d'intervenir de manière autonome, tout en sachant quand contacter des équipes spécialisées ou, dans les cas plus graves, le SAMU.

Les échanges interprofessionnels sont également essentiels pour améliorer l'intégration des MGs dans les SP. Plusieurs MGs ont mentionné que connaître personnellement les professionnels des équipes spécialisées réduisait l'appréhension de les contacter en cas de besoin : « *Quand on connaît les gens, on a beaucoup moins peur de faire les choses [...] on anticipe, on ne repousse pas, on fait des choses de bonheur.* » (E5).

La communication entre les spécialistes et les MGs est parfois perçue comme une perte de temps : « *Si on avait un courrier clair et net en disant voilà, on a ce patient-là, il a ça, ça, ça, on adapte le traitement, on a changé ci, on a changé ça, voilà, ça serait plus simple.* » (E2).

La simplification et la clarification des comptes rendus médicaux envoyés par les spécialistes aux MGs sont donc nécessaires pour éviter des discussions redondantes et chronophages, et permettre une prise en charge plus efficace.

Enfin, certains MGs interrogés ont souligné l'importance d'anticiper les projets de fin de vie des patients. Cela inclut non seulement le lieu de la fin de vie (domicile ou hospitalisation), mais aussi la capacité de l'entourage à assumer cette charge. « *L'idée c'est d'essayer de sonder tout ça et de se mettre d'accord sur le projet d'accompagnement.* » (E7). Ces discussions permettent d'éviter des prises en charge en urgence, souvent mal adaptées aux souhaits des patients et de leurs proches, et garantissent une transition plus sereine vers la fin de vie.

# DISCUSSION ET CONCLUSION

## 1. Résultats principaux

Le MG joue un rôle crucial dans les SP précoces en oncologie, en offrant une continuité de soin et un soutien holistique tout au long du parcours du patient. Sa présence constante permet une meilleure gestion des symptômes, une planification anticipée des soins, et un accompagnement psychologique essentiel, jusqu'à la fin de vie.

Les MGs expriment un manque de formation spécifique en SP, ce qui les rend souvent mal à l'aise face aux situations complexes de SP. Ce manque de préparation peut limiter leur niveau d'efficacité et leur capacité à aborder les SP de manière adaptée avec les patients.

Les MGs se sentent parfois mis à l'écart une fois le diagnostic de cancer posé, avec une communication insuffisante de la part des spécialistes. Ce sentiment d'isolement rend difficile la prise en charge coordonnée des patients, notamment en l'absence d'échanges réguliers et clairs.

La collaboration avec les oncologues et autres spécialistes reste un défi pour les MGs. Le manque de communication fluide et l'accès difficile aux équipes spécialisées créent des obstacles dans la gestion optimale des SP, forçant parfois les MGs à improviser (13,16).

Les MGs soulignent la nécessité d'outils numériques pour faciliter le partage d'informations, ainsi que des protocoles standardisés pour coordonner les soins de manière plus efficace. Ils recommandent également la simplification des comptes rendus médicaux pour gagner en efficacité.

Connaître personnellement les spécialistes et échanger régulièrement avec eux réduit l'appréhension des MGs à solliciter leur aide, favorisant une meilleure coordination des soins.

Une meilleure anticipation des besoins du patient et des discussions approfondies sur les projets de fin de vie sont essentielles pour une prise en charge de qualité.

Pour encourager la précocité des SP en oncologie, il est essentiel de renforcer la formation des MGs, d'améliorer la communication interdisciplinaire, et de promouvoir l'utilisation d'outils de coordination adaptés.

## **2. Forces et limites de l'étude**

Cette étude qualitative se distingue par l'application rigoureuse des critères COREQ, qui assurent une méthodologie solide et validée dans le domaine des recherches qualitatives (19,20). Ces critères, utilisés ici dans leur version française, garantissent une approche systématique et structurée à toutes les étapes de l'étude (21).

Le chercheur, formé en recherche fondamentale de cancérologie et auto-formé à la recherche qualitative, a pu établir une relation de confiance avec les participants, notamment grâce à la sélection d'un échantillon mixte de médecins, dont certains étaient déjà connus. Cette proximité a permis de recueillir des récits intimes et authentiques, favorisant une liberté d'expression accrue lors des entretiens. Cependant, la proximité entre le chercheur et certains participants peut constituer un biais d'investigation. L'attitude, l'intonation ou même la relation personnelle ont pu influencer les réponses. Malgré cela, ce type de biais est intrinsèque aux études qualitatives où la subjectivité du chercheur joue un rôle central. Cette subjectivité ne doit pas être vue uniquement comme une faiblesse, mais plutôt comme une force dans la compréhension et l'interprétation des récits. Le chercheur a su gérer ces aspects tout en restant conscient des biais potentiels liés à l'interaction avec les participants.

En ce qui concerne la sélection des participants, l'échantillon, bien que réduit à 9 entretiens, s'est révélé suffisant pour atteindre la saturation des données. La diversité des profils, tant sur le plan personnel que professionnel, a permis d'obtenir une variété de points de vue, ce qui est crucial dans les études qualitatives visant à explorer des vécus et des perceptions. Le mode de recrutement, via mails, appels téléphoniques et face-à-face, a permis une flexibilité dans

l'organisation des entretiens, même si le taux de non-participation a été relativement élevé en raison de contraintes logistiques, comme les vacances d'été.

Les entretiens se sont déroulés dans des environnements calmes, majoritairement dans des cabinets médicaux en dehors des heures de consultation, ce qui a permis d'éviter les interruptions et de créer un cadre propice à des discussions approfondies. Le choix d'entretiens individuels, réalisés exclusivement en face-à-face, a permis de limiter les influences extérieures et de recueillir des récits plus personnels et sincères. L'enregistrement audio des entretiens a permis de capter l'intégralité des récits, favorisant une transcription fidèle des propos des participants. La durée moyenne des entretiens, de 22,7 minutes, s'est révélée suffisante pour permettre une exploration des thèmes sans que les entretiens ne deviennent trop longs ou redondants.

L'analyse des données, réalisée manuellement et soutenue par un logiciel, a permis une triangulation des résultats. Les thèmes principaux ont émergé au fil des entretiens, renforçant la validité interne de l'étude. Cependant, l'interprétation des résultats reste influencée par la subjectivité du chercheur, malgré un double codage des premiers entretiens pour limiter ce biais. Le recours à des citations directes des participants a permis d'illustrer les thèmes principaux des résultats, tout en assurant une cohérence avec les données recueillies.

En somme, cette étude présente une méthodologie qualitative rigoureuse, bien que dépendante de la subjectivité du chercheur. Malgré des biais d'interprétation, cette étude reflète fidèlement la diversité des vécus des MGs en SP précoces en oncologie.

### **3. Le rôle central du MG en SP précoces en oncologie**

L'importance des SP précoces dans la prise en charge des patients atteints de cancer est de plus en plus reconnue. Contrairement à une vision longtemps répandue, qui associe les SP à la phase terminale de la maladie, il est désormais prouvé que leur introduction précoce

améliore la qualité de vie des patients, favorise une meilleure gestion des symptômes et réduit le stress psychologique (4,6–10). Dans ce contexte, le MG occupe une place centrale en raison de son rôle de proximité et de continuité avec les patients tout au long de leur parcours de soins.

### **3.1. Le rôle pivot du MG dans le parcours de SP précoces**

Dès l'annonce du diagnostic de cancer, le MG est souvent le premier soignant à établir une relation continue avec le patient. Il intervient à chaque étape du parcours de soins, y compris dans la transition vers les SP précoces. Ce lien de proximité permet au MG d'anticiper les besoins du patient et d'instaurer une approche proactive, en coordination avec les spécialistes (oncologues, équipes de SP). Plusieurs études ont montré que l'intégration précoce des SP, pilotée par le MG, améliore non seulement la qualité de vie des patients, mais aussi leur confort psychologique.

L'étude pionnière de Temel et al. (2010) a démontré que l'introduction précoce des SP, en collaboration avec les MG, augmente l'espérance de vie et réduit les symptômes dépressifs chez les patients atteints de cancer (22). Plusieurs recherches internationales mettent également en avant le rôle central des MGs dans la coordination des SP précoces, en particulier dans les zones rurales où les ressources spécialisées sont limitées (23,24). En France, plusieurs travaux soulignent que les MGs sont souvent les seuls professionnels de santé à suivre les patients tout au long de leur parcours. Cela leur confère une position clé pour l'initiation et la gestion des SP à domicile, même dès les premières phases de la maladie (3,14,16,25). L'expérience des MGs interrogés dans notre étude met en avant l'intérêt d'intégrer systématiquement une consultation de suivi avec le MG dans le protocole élaboré par l'oncologue, notamment entre les cures. Cette systématisation permettrait d'éviter la sensation d'abandon ou de rupture que les MGs rapportent fréquemment après l'annonce du caractère palliatif de la prise en charge par l'oncologue.



### **3.2. Coordination des soins : un rôle de pivot pour les MGs**

La coordination entre les divers acteurs des SP est essentielle, et les MGs se trouvent au cœur de cette organisation. Ils jouent un rôle essentiel dans la gestion multidisciplinaire des soins, facilitant la communication entre les oncologues, les EMSP et les HAD (26). Ce rôle de coordination est fondamental pour garantir une continuité des soins optimale et éviter les hospitalisations non planifiées. Les résultats de notre recherche soulignent que les MGs se perçoivent souvent comme les chefs d'orchestre de cette coordination. Ils sont en première ligne pour anticiper les besoins des patients, organiser les interventions des autres professionnels, et assurer une gestion efficace des symptômes à domicile.

En Angleterre, Mitchell et al (2016) souligne que la coordination par le MG permet de minimiser les interventions inutiles en milieu hospitalier, favorisant une prise en charge plus humaine et personnalisée (27). En France, les plateformes de coordination en SP, telles que celles mises en place par la Haute Autorité de Santé (HAS) (2) : Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ; Les plateformes territoriales d'appui (PTA) ; Coordination de l'Accompagnement en Soins Palliatifs Angevine (CASSPA) ..., illustrent bien le rôle crucial des MGs dans la coordination des soins à domicile, garantissant une continuité efficace des interventions médicales. Ces travaux mettent en avant que, sans une coordination efficace, les soins aux patients atteints de cancer peuvent devenir fragmentés, ce qui impacte négativement leur qualité de vie. Le MG est la figure centrale qui assure cette continuité, permettant aussi d'éviter les allers-retours fréquents à l'hôpital, ce qui est souvent souhaité par les patients en phase palliative précoce. Le MG joue donc un rôle actif dans l'organisation de la prise en charge à domicile, en anticipant les besoins techniques, et en facilitant l'intervention rapide de l'HAD lorsque cela est nécessaire. Les MGs peuvent également solliciter l'EMSP dans les situations les plus complexes. (14-16,25).

### **3.3. Le soutien émotionnel : un rôle principal du MG en SP précoces**

En plus de leur rôle médical, les MGs offrent un soutien émotionnel essentiel aux patients et à leurs familles, une dimension souvent négligée par les spécialistes (28). Ils sont en première ligne pour accompagner le patient dans son cheminement psychologique face à la maladie et à l'approche de la mort, apportant un soutien qui va au-delà des traitements médicaux. Ce soutien permet de rassurer les patients et de clarifier les informations reçues, tout en aidant à gérer leurs attentes et celles de leurs proches.

En étant continuellement présents, les MGs aident à apaiser les patients et leurs familles, ce qui permet une meilleure compréhension des informations reçues et une gestion plus sereine de l'évolution de la maladie (29). Une étude de Lussier et Richard (2017) confirme que la relation continue MG-patient contribue de façon significative à réduire la détresse émotionnelle des patients en phase palliative (30). Cette étude a également montré que le soutien émotionnel offert par les MGs dans les SP précoces réduit de manière significative le niveau de détresse émotionnelle des patients, contribuant à une meilleure gestion de la phase terminale. Elles soulignent que la relation continue entre le MG et le patient est un élément essentiel pour offrir un soutien émotionnel efficace, ce qui est souvent manquant dans les soins spécialisés.

### **3.4. Défis et perspectives d'amélioration du rôle des MG en SP précoces**

Malgré leur rôle central, les MGs rencontrent plusieurs défis lorsqu'il s'agit d'intégrer pleinement les SP précoces dans leurs pratiques quotidiennes. Parmi ces défis figurent un manque de formation spécifique, un manque de temps en raison d'un agenda souvent surchargé, ainsi que des difficultés à coordonner les soins dans un contexte de ressources parfois limitées. Il apparaît donc essentiel de renforcer la formation continue des MGs en SP et d'améliorer les outils de communication avec les spécialistes.

Plusieurs études ont mis en avant l'importance de la formation continue des MGs pour leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires à la gestion des SP, notamment pour répondre aux besoins complexes des patients atteints de cancer (13,15,16). La HAS (2016) a publié des recommandations visant à renforcer les capacités des MGs en SP précoces, notamment en proposant des modules de formation spécialisés. Cependant, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour garantir que ces formations soient accessibles à tous les MGs, quelle que soit leur région ou leur contexte de travail (2). Les EMSP et des structures comme la CASSPA proposent diverses formations continues et ateliers destinés aux professionnels de santé, y compris les MGs : Optimisation de l'organisation des EMSP ; Prise en charge de la douleur et sédation en fin de vie ; La CASSPA 49 organise des ateliers thématiques sur les SP. Par exemple, un atelier intitulé « Aidants, accompagnements d'un proche en SP, quelles ressources ? »

L'un des défis majeurs identifiés dans notre travail concerne la communication entre les MGs et les autres professionnels de santé, notamment les oncologues. Cette communication, souvent limitée à des comptes rendus écrits, peut entraîner une perte d'informations ou des malentendus, affectant la qualité des soins. L'amélioration des outils de communication, comme l'utilisation plus fréquente des appels téléphoniques ou des consultations interprofessionnelles avec des oncologues et des médecins de SP, pourrait permettre une meilleure fluidité des échanges et une prise en charge plus intégrée. Des études françaises ont révélé que les outils actuels de communication, tels que les courriels ou les rapports écrits, ne suffisent pas toujours pour transmettre les nuances de la situation des patients. Les MGs réclament davantage de consultations directes avec les spécialistes pour affiner leurs prises en charge. Il est mis en avant que la communication téléphonique directe entre oncologues et MGs permette de résoudre rapidement les situations complexes et d'éviter les hospitalisations inutiles (13,14,25). Par ailleurs, intégrer la simulation comme un outil clé dans des ateliers

conjoints entre MGs et oncologues pourrait constituer une solution efficace. Ces initiatives, soutenues par les EMSP et les réseaux régionaux, contribueraient à pallier les difficultés actuelles de communication entre ces professionnels (31).

## **4. Nécessité d'une meilleure coopération interdisciplinaire et implication des différents intervenants dans la prise en charge en SP précoces**

Une meilleure coopération interdisciplinaire et l'implication des différents intervenants dans la prise en charge en SP précoces est essentielle pour améliorer la qualité des soins offerts aux patients en SP. Cette approche permet d'optimiser la prise en charge globale du patient, en abordant à la fois les aspects médicaux, psychologiques, sociaux et spirituels.

### **4.1. Importance de la coopération interdisciplinaire dans les SP précoces**

Les SP précoces en oncologie visent à améliorer la qualité de vie des patients en soulageant les symptômes et en offrant un soutien psychosocial adapté. L'instruction de SP de juin 2023 définit les SP comme une approche qui vise à « *améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles, confrontés aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle* ». Cette approche ne peut être réalisée efficacement que par une coopération interdisciplinaire, intégrant différents professionnels de santé tels que les MGs, oncologues, infirmiers, psychologues, et autres intervenants comme les travailleurs sociaux ou les bénévoles (32).

En France, la nécessité d'une approche pluridisciplinaire est bien documentée. Par exemple, dans le rapport de la HAS (2016), il est souligné que la prise en charge palliative doit reposer sur une coopération entre divers professionnels pour répondre de manière holistique aux besoins des patients. Cette collaboration permet de dépasser la simple dimension biomédicale pour intégrer les dimensions psycho-affectives, sociales, et spirituelles du patient, ce qui est

particulièrement pertinent dans les SP précoces, où les patients sont encore dans une phase active de leur maladie (2).

Améliorer la communication entre le MG et l'oncologue est essentiel pour une coordination optimale des soins en oncologie et en SP. Le MG joue un rôle central dans le suivi global des patients atteints de cancer, en particulier en phase palliative précoce, tandis que l'oncologue se concentre sur les traitements spécifiques. Les psychologues, quant à eux, apportent un soutien essentiel en aidant les patients et leurs familles à faire face aux implications émotionnelles de la maladie, notamment l'anxiété, le deuil anticipé ou l'adaptation aux changements de vie. L'instauration de canaux de communication efficaces, tels que des rapports structurés, des mises à jour régulières et des consultations directes, permet de combler les écarts d'information, d'adapter les soins aux besoins évolutifs du patient et d'éviter les hospitalisations inutiles (33).

## **4.2. Contribution des MGs à l'interdisciplinarité**

Le rôle du MG dans cette approche interdisciplinaire est central. En tant que premier point de contact avec le système de santé, le MG joue un rôle pivot dans la coordination des soins. Selon une étude de Quill et Abernethy (2013), la mise en place précoce des SP en collaboration avec le MG permet d'améliorer la gestion des symptômes et d'offrir une meilleure continuité des soins (34). Comme le souligne notre recherche, la communication entre les différents acteurs de la santé est essentielle pour garantir une prise en charge continue et adaptée des patients. Les MGs sont souvent les mieux placés pour évaluer les besoins des patients, non seulement sur le plan clinique, mais également en termes de soutien psychosocial, grâce à leur connaissance approfondie des antécédents médicaux et sociaux de leurs patients. L'instruction de SP recommande d'impliquer activement les MGs dans l'organisation des SP précoces. Leur contribution est en effet déterminante pour améliorer la coordination des soins entre les différents acteurs et assurer un suivi global et personnalisé, tout en renforçant le lien

de confiance avec les patients et leurs familles (32). La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP, 2018) insiste sur la nécessité d'une meilleure articulation entre les soins de ville et l'hôpital, et propose des initiatives pour encourager la formation des MGs à la prise en charge palliative (35).

### **4.3. Différents intervenants dans la prise en charge en SP précoces**

Les oncologues jouent un rôle crucial en SP précoces, car ils initient souvent la discussion autour du pronostic et de la transition vers des soins de confort pour les patients atteints de cancers avancés. Selon plusieurs rapports français, leur implication favorise une prise en charge anticipée des symptômes et une coordination des soins avec d'autres professionnels de santé, notamment les HAD et les MGs. Ces spécialistes facilitent également l'orientation vers des équipes de SP et optimisent la gestion de la douleur, permettant d'améliorer la qualité de vie en phase palliative. En travaillant avec les MGs, les oncologues assurent une continuité de soins adaptée, et en s'appuyant sur une approche intégrative, ils améliorent la transition et l'acceptation de la phase palliative.

En France, les EMSP jouent un rôle d'appui essentiel auprès des équipes soignantes de première ligne. Elles interviennent pour former, conseiller, et parfois soulager les équipes des unités où le patient hospitalisé, ou encore directement au domicile des patients. L'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV, 2015) montre que l'intervention des EMSP est associée à une meilleure coordination des soins entre l'hôpital, les MGs, et les réseaux d'aides à domicile, en facilitant l'accès à des ressources spécialisées (2,36).

Les équipes HAD jouent un rôle important en SP précoces en assurant la continuité des soins et le soutien personnalisé dans un cadre familial pour le patient. Leur intervention permet d'optimiser la gestion des symptômes tout en évitant les hospitalisations. En collaborant étroitement avec les MGs, les HAD garantissent un suivi optimal grâce à leurs compétences techniques et psychosociales, essentielles pour adapter les soins aux besoins évolutifs du

patient (2,14,25,37). D'autre étude montre que la présence d'une équipe multidisciplinaire HAD réduit l'angoisse des familles et améliore la qualité de vie des patients, en particulier dans le maintien de l'autonomie et la prise en charge de la douleur car plusieurs professionnels dont les médecins sont formés aux SP à l'HAD (35).

Les infirmiers jouent un rôle primordial dans la coordination des SP précoces. Leur proximité avec les patients et le MG, leur capacité à surveiller en continu l'évolution des symptômes font d'eux des acteurs essentiels de l'équipe interdisciplinaire. Les infirmiers spécialisés en SP permettent d'améliorer la qualité de vie des patients en fin de vie, en particulier en ce qui concerne la gestion de la douleur et des symptômes associés. Leurs compétences en matière de communication et de soutien psychologique les rendent aussi indispensables dans la gestion des besoins émotionnels des patients et de leurs familles (1-3).

Le soutien psychologique est une composante indispensable des SP précoces. Les psychologues des structures d'oncologie, les psychologues libéraux et les psychologues d'EMSP jouent un rôle central dans l'accompagnement des patients et de leurs familles, en aidant à surmonter l'angoisse liée à la maladie et à la fin de vie. L'implication des psychologues dans l'équipe interdisciplinaire permet d'améliorer la qualité des soins en répondant de manière adaptée aux besoins émotionnels et psychologiques des patients (38).

Les travailleurs sociaux, quant à eux, facilitent l'accès aux ressources communautaires et apportent un soutien sur le plan logistique, en aidant les familles à naviguer à travers les complexités administratives et à planifier les soins à domicile. Leur contribution est essentielle pour assurer une continuité des soins et alléger le fardeau des familles, en particulier dans le cadre des SP précoces. En France, le rôle des travailleurs sociaux dans les SP a été mis en avant par la SFAP (2018), qui souligne leur importance dans la coordination des soins avec les autres intervenants (35,38).

#### **4.4. Vers une meilleure coordination interdisciplinaire : les défis à surmonter**

Le manque de communication entre les différents acteurs de la prise en charge palliative est un problème récurrent, notamment entre les soignants de ville et les équipes hospitalières (25). L'étude de Temel et al. (2010) souligne que le retard dans la mise en place des SP précoces est souvent lié à un manque de coordination et de communication claire entre les oncologues, les MGs, et les EMSP (22).

Ce problème est particulièrement prégnant en France, où le système de soins de ville et hospitalier est parfois cloisonné. Selon la HAS (2016), une meilleure utilisation des outils numériques de partage d'informations médicales, comme le dossier médical partagé, pourrait favoriser une communication fluide et améliorer la continuité des soins (2).

Un autre obstacle majeur est l'accès inégal aux ressources palliatives, notamment dans les zones rurales où l'accès aux EMSP et aux professionnels spécialisés est plus difficile. La SFAP (2018) souligne que les disparités géographiques dans la répartition des EMSP entravent la mise en place des SP précoces dans plusieurs régions. De plus, certaines unités de SP sont sous-dotées en personnel spécialisé, ce qui complique l'extension des SP précoces (35). Comme le confirment certains MGs interrogés, l'EMSP joue un rôle essentiel en tant que structure d'appui.

#### **4.5. Solutions pour une meilleure intégration des SP précoces**

Pour surmonter ces obstacles et améliorer la coopération interdisciplinaire, plusieurs solutions peuvent être envisagées.

Premièrement, il est essentiel de renforcer la formation des professionnels de santé sur les SP précoces et la collaboration interdisciplinaire. La SFAP (2018) recommande de développer des programmes de formation continue pour sensibiliser les MGs, les infirmiers et les autres intervenants aux spécificités des SP précoces en oncologie (2,35).



Deuxièmement, il est nécessaire de favoriser l'intégration des technologies de l'information pour faciliter la communication entre les différents professionnels de santé. L'adoption de dossiers médicaux partagés et d'outils de téléconsultation peut améliorer la coordination des soins, en particulier dans les zones où l'accès aux équipes spécialisées est limité (34).

Troisièmement, la mise en place de réseaux locaux de SP comme la CASSPA, réunissant des professionnels de différents horizons, pourrait permettre d'améliorer l'accès aux SP précoces et de renforcer la collaboration interdisciplinaire. En France, certains projets régionaux ont déjà montré leur efficacité, notamment en facilitant les échanges entre les MGs, les hôpitaux et les équipes spécialisées (36).

Quatrièmement, l'anticipation est un élément clé dans la gestion des SP précoces. Des protocoles clairs et standardisés mais personnalisés faciliteraient non seulement la prise de décision, mais aussi l'organisation des soins à domicile, où les MGs interviennent souvent seuls. Cela leur permettrait d'agir en toute confiance, avec une feuille de route validée par les EMSP en lien avec les MGs. Ces protocoles pourraient inclure des directives sur la gestion de la douleur, la mise en place de sédations palliatives, ou encore le soutien psychologique et social des familles.

Cinquièmement, la mise en place de réunions pluridisciplinaires régulières entre MGs, équipes de SP et autres professionnels de santé (infirmiers, psychologues, assistants sociaux) est une autre solution importante. Ces rencontres permettent de discuter des cas spécifiques, de coordonner les actions et d'anticiper les besoins des patients.

En fin, favoriser des rencontres régulières entre MGs, oncologues et EMSP permet de créer un réseau de confiance, facilitant ainsi la communication lors de la prise en charge des patients. Cela pourrait passer par des réunions interprofessionnelles en amont ou des échanges réguliers pour mieux anticiper les besoins des patients. Ces rencontres interprofessionnelles jouent un rôle majeur dans l'anticipation, car elles permettent de préparer les MGs à intervenir en temps

voulu, sans craindre de ressentir un sentiment de rupture dans la prise en charge. Il faudrait aussi missionner la CASSPA pour organiser des soirées ou des ateliers sur la thématique des SP précoces en oncologie.

En somme, la coopération interdisciplinaire et l'implication des différents intervenants sont essentielles pour offrir des SP précoces de qualité en oncologie. Les MGs, les infirmiers, les psychologues et les travailleurs sociaux, ainsi que les EMSP, jouent tous un rôle clé dans cette approche holistique des soins. La place des HAD et leurs médecins formés peuvent également faciliter l'anticipation des SP précoces dans le cadre de prise en charge de surveillance des traitements spécifiques. Cependant, pour optimiser cette coopération, des efforts doivent être faits pour améliorer la communication entre les professionnels de santé, réduire les disparités géographiques dans l'accès aux ressources palliatives, et renforcer la formation sur les SP précoces. En relevant ces défis, il sera possible de garantir une prise en charge plus cohérente et centrée sur les besoins des patients en oncologie.

## 5. Conclusions

À partir des résultats des entretiens avec les MGs, il émerge une conclusion claire sur leur place essentielle dans l'intégration des SP précoces en oncologie. Les MGs occupent une position importante en tant que premiers points de contact pour les patients et jouent un rôle central dans la continuité des soins tout au long du parcours de la maladie. Cependant, leur contribution à la prise en charge des patients cancéreux en SP précoces est souvent sous-utilisée ou mal intégrée dans les modèles actuels de soins.

Les MGs sont les mieux placés pour offrir un suivi longitudinal et personnalisé aux patients en SP précoces : Rôle Central dans la Continuité des Soins. Leur connaissance approfondie des antécédents médicaux et du contexte personnel des patients leur permet de jouer un rôle de

coordination des soins, en alignant les interventions des spécialistes avec les besoins et les souhaits des patients.

Malgré ce potentiel, les entretiens révèlent plusieurs défis qui limitent leur participation active dans les SP précoces. La surcharge de travail, le manque de formation spécifique, et les difficultés de communication avec les oncologues et autres acteurs en SP sont des obstacles majeurs. Toutefois, ces défis représentent également des opportunités pour améliorer le système de soins.

Pour optimiser leur contribution, il est nécessaire de mieux intégrer les MGs dans les parcours de SP. Cela inclut une formation continue adaptée, une meilleure communication interdisciplinaire, et une reconnaissance officielle de leur rôle dans les équipes de soins en appuyant sur les aides des EMSP et les HAD. En renforçant ces aspects, les MGs pourraient non seulement alléger la charge des oncologues, mais aussi améliorer la qualité de vie des patients à travers une approche plus holistique et cohérente.

Pour perspective, il serait intéressant d'approfondir les stratégies pour faciliter la collaboration entre MGs, oncologues, les EMSP et les HAD, notamment en intégrant des outils numériques et des protocoles standardisés. Étudier les bénéfices d'une formation accrue des MGs en SP précoces pourrait aussi apporter des pistes pour renforcer leur rôle. De plus, des recherches pourraient évaluer l'impact d'une meilleure communication interdisciplinaire et d'un soutien adapté sur la qualité de vie des patients oncologiques, en particulier lors de la transition vers les SP précoces.

## BIBLIOGRAPHIE

1. SFAP. <https://www.sfap.org/rubrique/les-soins-palliatifs>. 2024. Définition des soins palliatifs.
2. HAS. L'essentiel de la démarche palliative. 2016.
3. Bouleuc C, Burnod A, Angellier E, Massiani MA, Robin ML, Copel L, et al. Les soins palliatifs précoces et intégrés en oncologie. *Bull Cancer (Paris)*. 1 sept 2019;106(9):796-804.
4. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 1 janv 2017;35(1):96-112.
5. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. *J Clin Oncol*. 10 mars 2012;30(8):880-7.
6. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2017 [cité 8 sept 2024];(6).
7. Triplett DP, LeBrett WG, Bryant AK, Bruggeman AR, Matsuno RK, Hwang L, et al. Effect of Palliative Care on Aggressiveness of End-of-Life Care Among Patients With Advanced Cancer. *J Oncol Pract*. sept 2017;13(9):e760-9.
8. Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block S. Identifying Potential Indicators of the Quality of End-of-Life Cancer Care From Administrative Data. *J Clin Oncol*. 15 mars 2003;21(6):1133-8.
9. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 22 nov 2016;316(20):2104-14.
10. Silver JK, Raj VS, Fu JB, Wisotzky EM, Smith SR, Kirch RA. Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer*. 1 déc 2015;23(12):3633-43.
11. Ladaïque AF, Desandes E, Salleron J, Di Patrizio P, Marchal F, Vogin G, et al. Programme personnalisé d'après cancer (PPAC) : vision des patientes atteintes de cancer du sein et de leur médecin traitant. *Rev Épidémiologie Santé Publique*. 1 oct 2021;69(5):277-85.
12. Peinoit A, Robert G, Lassus I, Evin A, Morel V. Ressenti des patients atteints de cancer en soins palliatifs exclusifs: vers un binôme médecin généraliste, oncologue? *Bull Cancer (Paris)*. 1 mai 2022;109(5):612-9.
13. Legoff E, Thiltges I, Taillandier L, Di Patrizio P. Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en soins oncologiques de support. *Médecine Palliat*. 1 déc 2017;16(6):302-10.
14. Chalhoub F. Le médecin généraliste dans la prise en charge de patients en soins palliatifs à domicile : vision des intervenants de l'Hospitalisation A Domicile [Thèse d'exercice : Médecine]. Angers; 2023.
15. Langlade A. Pourquoi les soins palliatifs ne sont pas instaurés précocement ? Étude des représentations des médecins généralistes à l'égard des soins palliatifs [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. Bordeaux; 2015.
16. Hellard A. Les soins palliatifs précoces et intégrés en oncologie: connaissances et représentations actuelles des médecins généralistes bretons, étude qualitative par entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice : Médecine]. Rennes 1; 2021.
17. Lebeau JP, Aubin-Augier I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire / Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone. 2021. 1 vol. (192 p.).

18. ARS Pays de la Loire. Zonage médecins Pays de la Loire en vigueur au 01 juillet 2023 [Internet]. 2023.
19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.
20. Pandis N, Fedorowicz Z. The international EQUATOR network: enhancing the quality and transparency of health care research. *J Appl Oral Sci* [Internet]. oct 2011 [cité 13 oct 2024];19(5).
21. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
22. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 19 août 2010;363(8):733-42.
23. Marshall C, Virdun C, Phillips JL. Patient and family perspectives on rural palliative care models: A systematic review and meta-synthesis. *Palliat Med*. oct 2024;38(9):935-50.
24. Luckett T, Phillips J, Agar M, Virdun C, Green A, Davidson PM. Elements of effective palliative care models: a rapid review. *BMC Health Serv Res*. déc 2014;14(1):136.
25. Descolas Danneels A. Suivi des patients en Soins Palliatifs [Thèse d'exercice : Médecine]. Angers; 2023.
26. LAURENS A. Le rôle de coordination des soins du médecin traitant dans les prises en charge palliatives à domicile : l'application Globule® peut-elle être une aide ? [Thèse]. Bordeaux; 2017.
27. Mitchell GK, Senior HE, Bibo MP, Makoni B, Young SN, Rosenberg JP, et al. Evaluation of a pilot of nurse practitioner led, GP supported rural palliative care provision. *BMC Palliat Care*. déc 2016;15(1):93.
28. Linder A, Widmer D, Fitoussi C, De Roten Y, Despland JN, Ambresin G. Les enjeux de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres: Le cas de la dépression chronique en Suisse romande. *Santé Publique*. 6 déc 2019;Vol. 31(4):543-52.
29. Dumont, I., Turgeon, J., Allard, P., & Gagnon, P. Role of primary care physicians in palliative care and emotional support. *Can Fam Physician*. 2012;58(7):862-8.
30. Lussier, M.-T., & Richard, C. Les émotions en médecine de famille : comment mieux comprendre et répondre au patient en soins palliatifs. *Santé Ment Au Qué*. 2017;42(3):125-39.
31. HAS. Bonnes pratiques en matière de simulation en santé. 2024.
32. Gouvernement. INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034. 2023.
33. Druel V, Gimenez L, Paricaud K, Delord JP, Grosclaude P, Boussier N, et al. Improving communication between the general practitioner and the oncologist: a key role in coordinating care for patients suffering from cancer. *BMC Cancer*. déc 2020;20(1):495.
34. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *N Engl J Med*. 28 mars 2013;368(13):1173-5.
35. SFAP. Communiqué de PRESS 11 juillet 2018. 2018.
36. Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie et précarités. Six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France. 2015.
37. FNEHAD. Rapport d'activité de la FNEHAD 2022-2023. 2024.
38. Hudson P, Payne S. Family Caregivers and Palliative Care: Current Status and Agenda for the Future. *J Palliat Med*. juill 2011;14(7):864-9.

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Population de l'étude et durée d'entretien .....	6
--	---

# TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRAT

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>MÉTHODES.....</b>	<b>3</b>
1. L'intérêt d'une méthode qualitative .....	3
2. Type de la population de l'étude et recrutement de l'échantillon .....	3
3. Technique de recueil de données .....	4
4. Analyse des données .....	4
5. Aspect réglementaire .....	5
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>6</b>
1. Caractéristiques de la population de l'échantillon et des entretiens .....	6
2. Thèmes issus de l'étude qualitative .....	7
2.1. Représentations des SP précoces en oncologie .....	7
2.1.1. La notion des SP précoces en oncologie .....	7
2.1.2. Les représentations négatives des SP précoces.....	8
2.1.3. Les représentations positives des SP précoces.....	9
2.2. Le rôle du MG dans l'accompagnement des patients en SP précoces .....	10
2.2.1. Rôle en première ligne de soins .....	10
2.2.2. Rôle de coordination des soins dans une équipe multidisciplinaire.....	12
a) Rôle de coordination des soins .....	12
b) Place centrale dans la communication interdisciplinaire.....	12
2.2.3. Rôle de soutien émotionnel et psychologique.....	14
a) Soutien de patients.....	14
b) Soutien de proches .....	16
2.3. Les défis rencontrés par les MGs .....	17
2.3.1. Formation insuffisante en SP .....	17
2.3.2. Le sentiment de perte de contact avec le patient .....	18
2.3.3. La difficulté d'aborder les SP précoces .....	18
2.3.4. L'isolement et le manque de ressources.....	19
2.3.5. Le défi de la collaboration avec les spécialistes .....	19
2.4. Les pistes d'amélioration pour l'intégration des SP en médecine générale.....	20
2.4.1. Renforcement des formations en SP .....	20
2.4.2. Amélioration de la communication interdisciplinaire .....	20
2.4.3. Anticipation.....	22
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>	<b>24</b>
1. Résultats principaux.....	24
2. Forces et limites de l'étude .....	25
3. Le rôle central du MG en SP précoces en oncologie .....	26
3.1. Le rôle pivot du MG dans le parcours de SP précoces .....	27
3.2. Coordination des soins : un rôle de pivot pour les MGs .....	28
3.3. Le soutien émotionnel : un rôle principal du MG en SP précoces.....	29
3.4. Défis et perspectives d'amélioration du rôle des MG en SP précoces .....	29

<b>4.</b>	<b>Nécessité d'une meilleure coopération interdisciplinaire et implication des différents intervenants dans la prise en charge en SP précoces.....</b>	<b>31</b>
4.1.	Importance de la coopération interdisciplinaire dans les SP précoces .....	31
4.2.	Contribution des MGs à l'interdisciplinarité .....	32
4.3.	Différents intervenants dans la prise en charge en SP précoces.....	33
4.4.	Vers une meilleure coordination interdisciplinaire : les défis à surmonter .....	35
4.5.	Solutions pour une meilleure intégration des SP précoces.....	35
<b>5.</b>	<b>Conclusions .....</b>	<b>37</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>39</b>
	<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>41</b>
	<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>42</b>
	<b>ANNEXE .....</b>	<b>I</b>



# ANNEXE

## Annexe 1 : Guide d'entretien

Je m'appelle ..., interne en 3eme année de médecine générale à Angers, je réalise ces entretiens dans le cadre de mon travail de thèse. Tout d'abord, merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Nous nous intéressons à votre expérience en tant que médecin généraliste, plus particulièrement au moment où vous êtes amené à gérer des soins palliatifs précoces pour des patients atteints de cancer. **Est-ce que vous êtes d'accord pour que l'entretien soit enregistré et anonymisé ?**

**1) Pour commencer, je vous laisse vous présenter.** Quel est votre lieu d'exercice professionnel (milieu rural/semi-rural/urbain) ? Depuis combien de temps, êtes-vous installés ? Quel est votre niveau de formation en soins palliatifs ?

**2) Que représentent pour vous les soins palliatifs précoces en cancérologie ?** (Quelle est votre expérience concernant l'accompagnement de patients suivis en cancérologie avec un diagnostic de soins palliatifs ?)

**3) Chez vos patients atteints de cancers, comment avez-vous vécu le relais médical lors du diagnostic de soins palliatifs précoces ?** (Comment vous sentez-vous généralement dans ces situations ? Comment se déroule habituellement la communication du diagnostic de soins palliatifs précoces avec vos patients ? Comment abordez-vous la discussion sur le passage aux soins palliatifs précoces avec les patients et leurs familles ?)

**4) Quelles sont vos liens et votre degré d'implication dans les échanges avec l'oncologue et l'équipe mobile de soins palliatifs du centre de référence ?** (Pouvez-vous décrire comment se passe la coordination avec les oncologues ou autres spécialistes lorsque le relais vers les soins palliatifs est décidé ? Comment vous impliquez auprès de ces patients ? De quelles ressources disposez-vous pour vous aider dans cette phase de soins ?)

**5) Quels sont les pistes d'amélioration que vous pouvez suggérer pour vous intégrer vous-même davantage dans le parcours de ces patients ?** (Quelles seraient vos recommandations pour améliorer l'intégration des soins palliatifs précoces dans la pratique de la médecine générale ? Comment envisagez-vous votre rôle idéal dans cette transition ? Comment voyez-vous l'évolution du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des soins palliatifs précoces à l'avenir ?)

**6) Y a-t-il d'autres points que vous souhaiteriez aborder ou des aspects dont nous n'avons pas parlé ?**

Je vous remercie pour votre temps et pour avoir partagé vos expériences. Cela contribuera grandement à mieux comprendre le rôle crucial des médecins généralistes dans cette phase de soins.



## Vécu et implication des médecins généralistes dans les soins palliatifs précoces pour leurs patients suivis en oncologie : une étude qualitative en Pays de la Loire

### RÉSUMÉ

**Introduction :** Bien que les soins palliatifs (SP) précoces soient recommandés en oncologie par l'ASCO depuis 2017, le terme « soins palliatifs » reste souvent associé à la fin de vie imminente. Cette étude explore la place et le vécu des médecins généralistes (MGs) dans l'accompagnement des patients oncologiques en SP précoces.

**Méthodes :** Étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs avec 10 MGs en Pays de la Loire, analysée de manière thématique.

**Résultats :** Les MGs jouent un rôle essentiel en SP précoces, assurant une continuité des soins et un soutien holistique. Cependant, la collaboration avec les oncologues est perçue comme difficile. Les MGs évoquent un besoin d'outils numériques pour le partage d'informations, des protocoles standardisés, et la simplification des comptes rendus. Une meilleure anticipation des besoins du patient et des discussions sur les projets de fin de vie sont jugées cruciales. Les MGs insistent sur la nécessité de renforcer leur formation et d'améliorer la communication interdisciplinaire.

**Conclusion :** Le rôle des MGs en SP précoces est fondamental pour un accompagnement de qualité des patients cancéreux. Pour maximiser leur impact, il est crucial de surmonter les obstacles actuels et de valoriser leur place au sein de l'équipe soignante, ce qui renforcerait la continuité des soins et l'accompagnement global des patients.

**Mots-clés :** Soins Palliatifs précoces, Médecin généraliste, Continuité des soins, Communication interdisciplinaire, Oncologie.

## Experiences and Involvement of General Practitioners in Early Palliative Care for their Oncology Patients: A Qualitative Study in the Pays de la Loire Region

### ABSTRACT

**Introduction:** Although early palliative care (PC) has been recommended in oncology by ASCO since 2017, the term "palliative care" is still often associated with imminent end-of-life situations. This study examines the role and experiences of general practitioners (GPs) in supporting oncology patients with early PC.

**Methods:** Qualitative study based on semi-structured interviews with 10 GPs in the Pays de la Loire region, analyzed thematically.

**Results:** GPs play a crucial role in early PC, ensuring continuity of care and holistic support. However, collaboration with oncologists is perceived as challenging. GPs highlight the need for digital tools for information sharing, standardized protocols, and simplified reports. Better anticipation of patient needs and end-of-life planning discussions are seen as essential. GPs emphasize the need to strengthen their training and improve interdisciplinary communication.

**Conclusion:** GPs have a fundamental role in early PC for quality care of cancer patients. To maximize their impact, it is essential to overcome current obstacles and enhance their position within the care team, reinforcing care-continuity and comprehensive patient support.

**Keywords:** Early Palliative care, General Practitioner; Care-continuity, Interdisciplinary communication, Oncology.