

**UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE**

(PARIS 6)

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

**BROUSSAIS HOTEL-DIEU**

ANNÉE 1985

N°

# THÈSE

pour le

## DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Mademoiselle Corine DELARUE

Nè(e) le 28 Octobre 1955 à Neuilly sur Seine



Présentée et soutenue publiquement le

12.10.1985

**TITRE : APPROCHE POUR UNE REFLEXION SUR L'ENSEMBLE DES MALADES CANCÉREUX D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE, PAR SA REMPLAÇANTE RÉGULIÈRE, A PARTIR DU FICHER GÉNÉRAL DU CABINET.**

Président de Thèse:

Professeur RAUTUREAU

Hôpital AVICENNE

Directeur de Thèse:

Docteur O. ROSOWSKY

Médecin Généraliste  
Département Recherche  
Scientifique de la  
Société Française de  
Médecine Générale

Rapporteur de Thèse:

Docteur THURSZ

Directeur de Laboratoire  
du C.N.R.S.

R E S U M E

Dans le cadre d'un travail utilisant comme matériel le fichier traditionnel d'un médecin généraliste et une méthodologie propre à la médecine praticienne (méthode qui est exposée), nous avons étudié l'ensemble de ses malades cancéreux traités en 24 ans de pratique médicale.

Deux groupes de malades ont été définis :

- Les patients décédés de leur cancer entre 1958 et 1982, avant et après la généralisation de la chimiothérapie anticancéreuse.
- Les patients atteints de cancer toujours en vie en 1982.

Les deux sous-groupes ont été étudiés séparément puis comparés du point de vue de toutes les variables disponibles : sexe, âge, profession, type de cancer, ancienneté dans la clientèle, délai pour le diagnostic, temps de survie, traitement, problèmes relationnels, pathologie associée, relations avec la famille, signes d'appel du cancer.

Il ne s'agit en aucun cas d'une étude à prétention statistique, mais d'une enquête d'observation qui tente de mettre au clair l'apport de la médecine praticienne dans la prise en charge communément admise, des malades cancéreux.

Partant de là, on peut déduire l'intérêt que pourrait avoir une participation active des médecins généralistes à la recherche médicale cancérologique dans le cadre des structures qui leur sont propres.

MOTS CLE

- Groupe des malades cancéreux
- Médecine générale
- Enquête d'observation
- Différents type de cancer
- Délai à établir le diagnostic
- Signe d'appel
- Ancienneté dans la clientèle
- Fréquentation du cabinet
- Consommation de soins
- Morbidités associées
- Place du généraliste dans la recherche médicale



Nous en resterons quant à nous au stade préliminaire d'un "modèle réduit" que nous observerons avec les "moyens du bord".

Ce travail prend la suite d'une étude intitulée :

"approche pour une réflexion sur sa pratique par le médecin et son stagiaire à partir du fichier actuel des médecins généralistes".

127 dossiers de malades décédés en 22 ans de pratique médicale, collecte des données, exploitations des résultats, épidémiologie et qualité des soins.

Il s'agit d'une thèse de doctorat en médecine soutenue à la Faculté de Médecine de Bobigny en 1981 par Madame le docteur Teboul.

Nous utiliserons la méthodologie mise au point à l'occasion de cette thèse, et nous nous en servirons pour étudier l'ensemble des malades cancéreux dans cette clientèle, en comparant le groupe des malades décédés à celui des malades encore en vie.

Nous nous efforcerons de percevoir l'idée que l'on peut se faire de la maladie cancéreuse à partir du regard jeté par un médecin généraliste sur sa clientèle et sur les autres instances médicales qui ont en charge les cancéreux.



## II. METHODE DE TRAVAIL

### II.1. LE CHAMP D'ETUDE

### II.2. LA DEMARCHE TECHNIQUE

II.2.1. Recueil des données

II.2.2. Méthode d'étude des malades décédés

II.2.3. Méthode d'étude des malades encore en vie

### II.3. EXTRACTION DES DONNEES INVENTORIABLES

### II.4. PROBLEMES LIES AU RECUEIL DES DONNEES

II.4.1. De par la méthode de classement

II.4.2. De par le départ des malades

II.4.3. De par la méthode de comptabilisation des actes médicaux

II.4.4. De par un problème de subjectivité

./...

## II.1. LE CHAMP D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective à partir du fichier d'un médecin généraliste exerçant depuis 1958 dans une commune de 33.000 habitants de la banlieue sud de Paris.

Cette banlieue comporte des zones pavillonnaires à caractère résidentiel, juxtaposées à des zones d'habitation à loyer modéré plus populaires, mais aussi à des résidences de standing élevé.

La population est donc très variée aussi bien en ce qui concerne les classes d'âge que les catégories socioprofessionnelles.

La densité en généralistes et spécialistes libéraux d'une part, et en centres hospitaliers d'autre part, est grande.

De plus, un centre anti-cancéreux de renommée nationale et internationale, l'Institut Gustave Roussy est implanté dans une commune limitrophe.

Le nombre annuel d'actes du docteur R. est voisin de 5.000, dont 32% de visites à domicile et 63% de consultations au cabinet, le reste, soit 5% représentant les gestes techniques cotés en K.

Ces chiffres sont tirés du relevé individuel d'activité TSAP.SNIR adressé au docteur R. pour le 1er et le 2ème semestre 1982.

Le fichier de ce médecin comporte des dossiers du modèle "Oedip" le plus courant où les événements concernant chaque malade sont inscrits dans leur ordre chronologique de survenue, au cours des consultations au cabinet.

L'ensemble des résultats d'examens complémentaires et des lettres de spécialistes s'y trouvent insérés.

Il s'agit donc, pour l'objet de notre recherche, de voir ce qui peut être extrait des dossiers dans leur état spontané actuel, tel qu'il est disponible aujourd'hui chez un grand nombre de praticiens.

./...

## II.2. LA DEMARCHE TECHNIQUE

### II.2.1. Recueil des données

Rappelons qu'il s'agit d'étudier l'ensemble des malades atteints de cancer, qui ont été ou sont encore suivis par le médecin généraliste depuis 1958, année de son installation, jusqu'en Juin 1982, date du début de ce travail.

Dans l'ensemble des cancéreux, nous distinguerons :

- les malades décédés de leur cancer
- les malades encore en vie au mois de Juin 1982.

### II.2.2. Méthode d'étude des malades décédés

Un premier recensement de ces malades avait été fait dans la thèse du docteur Teboul (1). Il concernait les cancéreux décédés entre 1958 et 1980.

Ce recueil avait été fait à partir du sous fichier des malades décédés. Ce fichier est constitué par les dossiers des malades morts, retirés du fichier général par le médecin au fur et à mesure qu'il apprend leur décès.

Ce médecin a été amené à former un fichier constitué par les dossiers des malades décédés pour deux raisons :

- pour une raison pratique d'abord de manque de place : les dossiers sortis libéraient de l'espace pour les autres fiches,
- pour une raison symbolique d'autre part, en effet le fait qu'un malade décédé signifie pour le médecin généraliste la fin de la prise en charge que ce malade représentait pour lui, il le note de façon symbolique en sortant son dossier du fichier des malades encore suivis.

On verra que cette "sortie du dossier" est empreinte de tout le vécu relationnel entre le médecin et son malade et n'est pas anodin de signification.



Or ce recensement comportait deux limites :

- certains malades sont décédés après avoir quitté la clientèle et le médecin n'en a rien su

- certains dossiers ont été "oubliés" dans le fichier général et n'ont donc pas été recensés par le docteur Teboul.

Ces dossiers oubliés constituent un sous-groupe de malades qui ont fait l'objet d'un chapitre séparé sous le titre :

"les cancéreux morts oubliés dans le fichier général du praticien"

### II.2.3. Méthode d'étude des malades encore en vie au mois de Juin 1982 et toujours suivis par le médecin.

C'est à l'occasion des remplacements réguliers que j'ai effectués au cabinet de ce médecin que j'ai pu passer "au peigne fin" tous les dossiers du fichier général (environ 8.000) et effectuer ce recensement.

L'objet de notre travail est donc d'étudier chacun de ces trois sous-groupes séparément, puis de les comparer entre eux.

Chaque chapitre traitera donc d'un sujet propre :

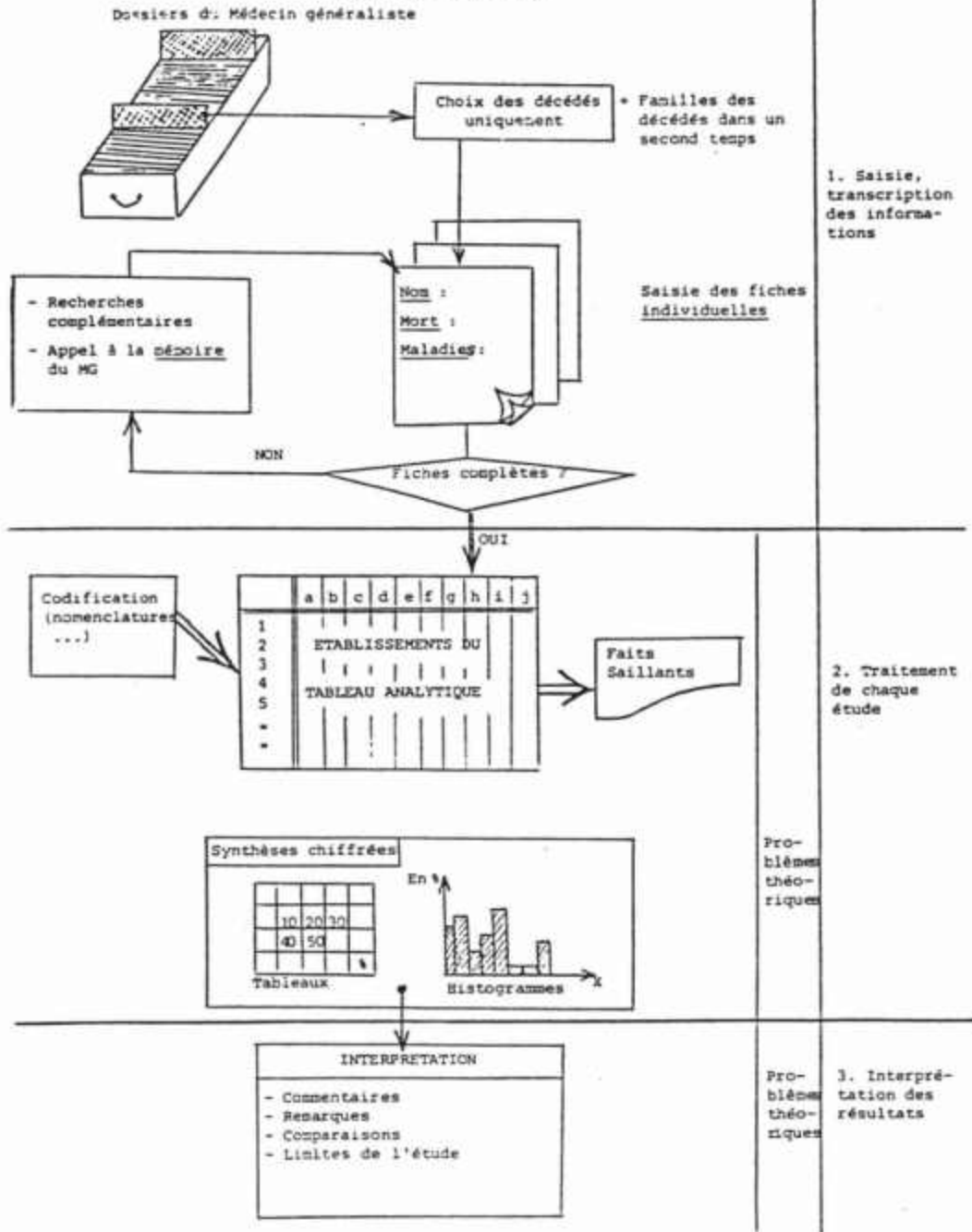
- . le sous-groupe des malades décédés
- . le sous-groupe des malades décédés oubliés dans le fichier général
- . le sous-groupe des malades encore en vie au mois de Juin 1982
- . enfin, en dernier lieu, nous ferons la comparaison de ces trois sous-groupes

### II.3. EXTRACTIONS DES DONNEES INVENTORIABLES A PARTIR DES DOSSIERS SUR DES FICHES INDIVIDUELLES ATTRIBUEES A CHAQUE MALADE.

Le docteur Teboul avait créé un véritable bordereau de saisie des informations inventoriables.

On trouvera ci-contre un modèle de cette fiche individuelle que nous avons utilisée telle quelle, abstraction faite de la partie concernant les causes de décès, pour les malades cancéreux toujours suivis dans la clientèle.

SCHEMA DE LA DEMARCHE





Chaque fiche comporte :

1°) une partie réservée à l'état civil du malade

2°) une partie réservée à la morbidité. Celle ci est saisie :

2°a . d'une part à partir des constatations diagnostiques faites au cours des consultations successives au fil des années. Ces positions diagnostiques sont répertoriées selon les principes établis par le docteur R.N.Braun dans sa nomenclature des résultats de séance de médecine générale.

Citons ci-après un extrait de la préface du docteur O. Rosowsky à la traduction du manuel de médecine générale du docteur R.N.Braun (2) :

"Or examinant ce qui se passe dans la pratique, l'auteur est amené à dégager quatre positions d'après lesquelles il classe les comportements des médecins face au diagnostic :

- la classe des "diagnostics médicaux complets" ex.: une pneumonie caractérisée par ses signes cliniques, radiologiques et la présence de pneumocoques dans l'expectoration.
- la classe des "tableaux d'une maladie" ex.: une rougeole caractérisée par certains éléments dominants : l'éruption, la fièvre, la toux, la rougeur des conjonctives, mais à qui manque la confirmation virologique.
- la classe des "groupes de symptômes ou syndromes" ex.: une fièvre avec toux et rhinite sans autres éléments notables.
- la classe des "signes cardinaux" ex.: un état fébrile sans autre constatation."

Dans notre inventaire, nous avons subdivisé les deux premières positions diagnostiques de morbidité en deux sous-groupes :

- tableau de maladie
  - . selon le médecin généraliste
  - . selon le spécialiste
- diagnostic certain
  - . selon le médecin généraliste
  - . selon le spécialiste.

./...

2°b. d'autre part, un second inventaire est fait de tous les recours aux spécialistes, tel qu'il découle des résultats d'examens complémentaires et de correspondance accumulée dans les dossiers.

Les regards extérieurs portés sur le malade montrent la participation des autres secteurs médicaux, au suivi de chaque malade.

Ils comblent aussi indirectement la lacune qui résulte de la non saisie par notre système rétrospectif des actes pratiqués par le médecin généraliste au domicile de ses malades.

3°) enfin, une dernière partie consacrée aux contacts relevés quantitativement et qualitativement par les consultations données éventuellement à la famille du malade inventorié.

Nous nous sommes ainsi trouvés devant 62 fiches individuelles de malades cancéreux décédés, et 22 fiches de malades cancéreux encore vivants en Juin 1982.

#### II.4. PROBLEMES LIES AU RECUEIL DES DONNEES.

Comme nous l'avons exposé précédemment plusieurs problèmes sont apparus lors de l'extraction des données :

##### II.4.1. De par la méthode de classement même du généraliste.

Celui-ci extrait de son fichier général les fiches des patients morts, constituant alors le sous fichier des malades décédés.

Cette extraction est soumise à deux conditions :

- . que le médecin ait été informé par lettre ou oralement, par la famille ou l'hôpital, du décès de son patient.
- . qu'il ait pensé à retirer la fiche.

Comme nous l'avons vu, cette méthode est soumise à caution, puisque

./...

16 fiches ont été oubliées de cette façon. Ce sous-groupe de fiches oubliées fera l'objet d'une étude à part.

II.4.2. De par le départ d'un certain nombre de malades de la clientèle du médecin sans que celui-ci puisse dire s'ils sont vivants ou décédés.

II.4.3. Au niveau du nombre d'actes médicaux et para médicaux qu'a suscité chaque patient.

Lors de la comptabilisation de ces actes, il manque les visites effectuées à domicile.

Or, suivant l'âge, le degré d'invalidité du malade, l'état avancé du cancer ces visites sont plus ou moins nombreuses.

Les visites au spécialiste, si elles ne sont pas suivies d'une lettre de celui-ci, ne sont pas non plus prises en compte.

II.4.4. De par un problème de subjectivité.

Enfin, reste le problème inhérent à chaque médecin, celui de sa subjectivité.

Lors d'une consultation, plusieurs demandes sont exprimées par le malade : demandes de soins, mais aussi soutien psychologique, sans omettre les demandes non formulées oralement et tout aussi importantes pour le malade.

Le médecin ne notera sur sa fiche que ce qui lui paraît important à retenir, faisant alors intervenir le filtre de sa personnalité propre.

Par conséquent, toute méthode se basant sur ce système de recueil des données doit tenir compte d'un certain degré de subjectivité.

A L'ATTENTION DES STATISTICIENS, NOUS RAPPELONS  
QU'IL S'AGIT DE TESTER UNE METHODOLOGIE DANS LA  
PRATIQUE D'UN SEUL MEDECIN GENERALISTE.

LE CARACTERE EVENTUELLEMENT COMPARABLE DE CERTAINS  
DE NOS RESULTATS AVEC DES RESULTATS TROUVES A UNE  
ECHELLE NATIONALE NE POURRAIT DONC ETRE QUE FORTUIT



### III. LE GROUPE DES MALADES CANCEREUX DECEDES ENTRE 1958 ET 1982

#### III.1. PROBLEMES THEORIQUES PREALABLES

III.1.1. Rappel de la méthodologie

III.1.2. Méthode de travail

#### III.2. ETUDE DES DEUX SOUS-GROUPES DE MALADES DECEDES ENTRE 1958 ET 1982

Avant et après la généralisation de la chimiothérapie anticancéreuse

III.2.1. Quelques chiffres

III.2.2. Fréquence comparée des cancers par types et selon le sexe dans les deux périodes 1958-1972 et 1973-1982

III.2.3. Etude comparative des catégories socio-professionnelles: décès dus au cancer entre 1958 et 1972 et entre 1973 et 1982.

#### III.3. ETUDE DE CHAQUE TYPE DE CANCER EN FONCTION DE DIFFERENTS PARAMETRES ET DE FACON COMPARATIVE

Avant et après la généralisation de la chimiothérapie anticancéreuse

III.3.1. Etude globale

III.3.2. Etude de la survie des malades

III.3.3. Etude du délai entre le premier signe évocateur du cancer et l'établissement du diagnostic

III.3.4. Etude de la survie des malades en fonction de leur ancienneté dans la clientèle.

III.3.5. Etude de la fréquentation du cabinet médical, ses rapports avec le délai mis à établir le diagnostic

III.3.6. Age moyen du diagnostic et âge moyen de décès selon le sexe et pour chaque type de cancer

III.3.7. Les cancers métastasés



III.4. EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET CONSULTATIONS SPECIALISEES : DEMANDE  
DE SOINS GLOBALE DU CANCEREUX.

III.4.1. Fréquence des examens complémentaires et consultations spécialisées en fonction des types de cancer (avant le diagnostic et pendant la survie ultérieure)

III.4.2. Comparaison avec les demandes de soins des malades décédés, toutes causes de mort confondues

III.5. LES DIFFERENTS TYPES DE TRAITEMENTS PROPOSES AUX MALADES CANCEREUX  
PENDANT UNE PERIODE DE 20 ANS, VUS A PARTIR D'UN CABINET DE MEDECINE  
GENERALE

III.5.1. Les différents traitements par type de cancer

III.5.2. Leurs rapports avec les durées de survie

Conclusion.

./...

### III.1. PROBLEMES THEORIQUES PREALABLES

#### III.1.1. Rappel de la méthodologie

Ce travail a été fait à partir des fiches extraites du fichier général de ses malades par le médecin, lorsque celui-ci apprend le décès d'un de ses patients.

Une première étude de ce groupe avait été effectuée dans le cadre de la thèse du docteur Teboul(1) en 1980, qui, elle, avait travaillé sur l'ensemble des malades décédés entre 1958 et 1980.

Nous avons donc extrait de son étude les fiches concernant les patients morts d'un cancer, auxquelles nous avons ajouté les fiches des malades morts d'un cancer entre 1980 et Juin 1982, date à laquelle a débuté ce travail.

Dans un deuxième temps, nous avons repris les "borderaux types" de recueil des données élaborées par le docteur Teboul (voir page 13 et 14) et nous les avons appliqués aux patients décédés entre 1980 et 1982.

Nous avons regroupé ainsi 46 borderaux. Rappelons que le cas des 16 cancéreux décédés, retrouvés dans le fichier général sera traité à part dans le chapitre IV.

Nous avons alors jugé intéressant de séparer ces 46 malades en deux sous-groupes :

- ceux morts entre 1958 et 1972
- ceux morts entre 1973 et 1982

Cette limite -1972- correspond à peu près à la moitié de la période étudiée, et, surtout, elle correspond aussi au moment où la chimiothérapie a commencé à être utilisée de façon plus systématique

C'est pourquoi la comparaison des deux périodes pouvait être intéressante.

### III.1.2. Méthode de travail

Pour chacun des sous-groupes, nous établirons des tableaux de synthèse chiffrés appuyés par des représentations graphiques.

De leur comparaison, on tentera d'extraire quelques données aboutissant à une meilleure connaissance de l'ensemble des malades cancéreux par le médecin généraliste, qui pourrait se baser alors sur des éléments descriptifs propres à la pratique de son cabinet.

Citons ici le rapporteur d'un des thèmes de la concertation nationale sur le cancer, le docteur Th.Thursz (3) :

"L'expérience des généralistes devrait être utilisée pour une nouvelle approche épidémiologique, mieux ancrée dans le vécu des patients ..."

Ces actions, pour avoir une réelle valeur formative et motivante, doivent impliquer les médecins de famille à tous les stades de l'étude et ceci avec des responsabilités réelles."

Il est regrettable pour beaucoup de médecins généralistes, que ceux-ci se voient refuser le rôle de collaborateurs par les hospitaliers spécialistes.

Cette non participation, à la fois dans le choix de la décision thérapeutique mais aussi dans l'association aux programmes de recherche, en particulier épidémiologique, et dans la surveillance des nouveaux protocoles, fait que les ~~onni~~ praticiens se sentent rejetés par ces filières spécialisées et ne se sentent pas mobilisés autant qu'ils pourraient l'être dans la recherche contre le cancer.

./...

## 14 MORTS DE 1958 A 1972

TYPE DE CANCER	SEXE	AGE DU DECES	AGE DU DIAGNOSTIC	CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES						
				art.	c.m.	c.s.	ouv.	emp.	s.p.	ind.
<u>PULMONAIRE</u>	M	65	64							x
	M	58	57							x
	F	59	58						x	
<u>O.R.L.</u>	M	63	61							x
<u>UROLOGIE</u>	M	43	42					x		
	M	66	62						x	
	M	78	75							x
<u>SEIN</u>	F	28	25					x		
<u>DIGESTIF</u>	M	61	60	x						
	M	72	71							x
	M	62	61					x		
	M	77	76							x
<u>CERVEAU</u>	F	60	59					x		
<u>THYROIDE</u>	F									x

Art. : artisan

C.M. : cadre moyen

C.S. : cadre supérieur

O.U.V. : ouvrier

E.M.P. : employé

S.P. : sans profession

I.N.D. : indéterminé



III.2. ETUDE DES DEUX SOUS-GROUPES DE MALADES DECEDES ENTRE 1958 ET 1972  
PUIS ENTRE 1973 ET 1982

III.2.1. Quelques chiffres

D'après les tableaux III.1.a et III.1.b, on peut faire deux constatations :

1°) il existe une grande disparité de nombre entre le premier et le deuxième sous-groupe. En effet, dans cette clientèle :

- . 14 malades cancéreux sont décédés entre 1958 et 1972
- . 32 malades cancéreux sont décédés entre 1973 et 1982

2°) il existe également une grande disparité selon le sexe :

- . de 1958 à 1972 = 4 femmes sont décédées pour 10 hommes
- . de 1973 à 1982 = 9 femmes sont décédées pour 23 hommes.

Nous allons voir si une ou plusieurs explications de ces différences de nombre peut être trouvée à partir des informations en notre possession.

III.2.2. Fréquence comparée des cancers par types et selon le sexe dans les deux périodes 1958-1972 et 1973-1982

Des tableaux III.1.a et III.1.b nous avons réalisé l'idéogramme ci-contre (III.2.2.).

On voit alors que :

1°) les types de cancer les plus fréquents sont les mêmes dans ces deux périodes: il s'agit du cancer pulmonaire et du cancer digestif. Les cancers pulmonaires sont en nette augmentation pendant la période 73-82. Mais compte tenu du nombre peu élevé de cas, nous ne pouvons cependant pas en tirer d'arguments statistiques concernant l'augmentation actuellement signalée des cancers pulmonaires en général, avec une plus forte participation féminine.

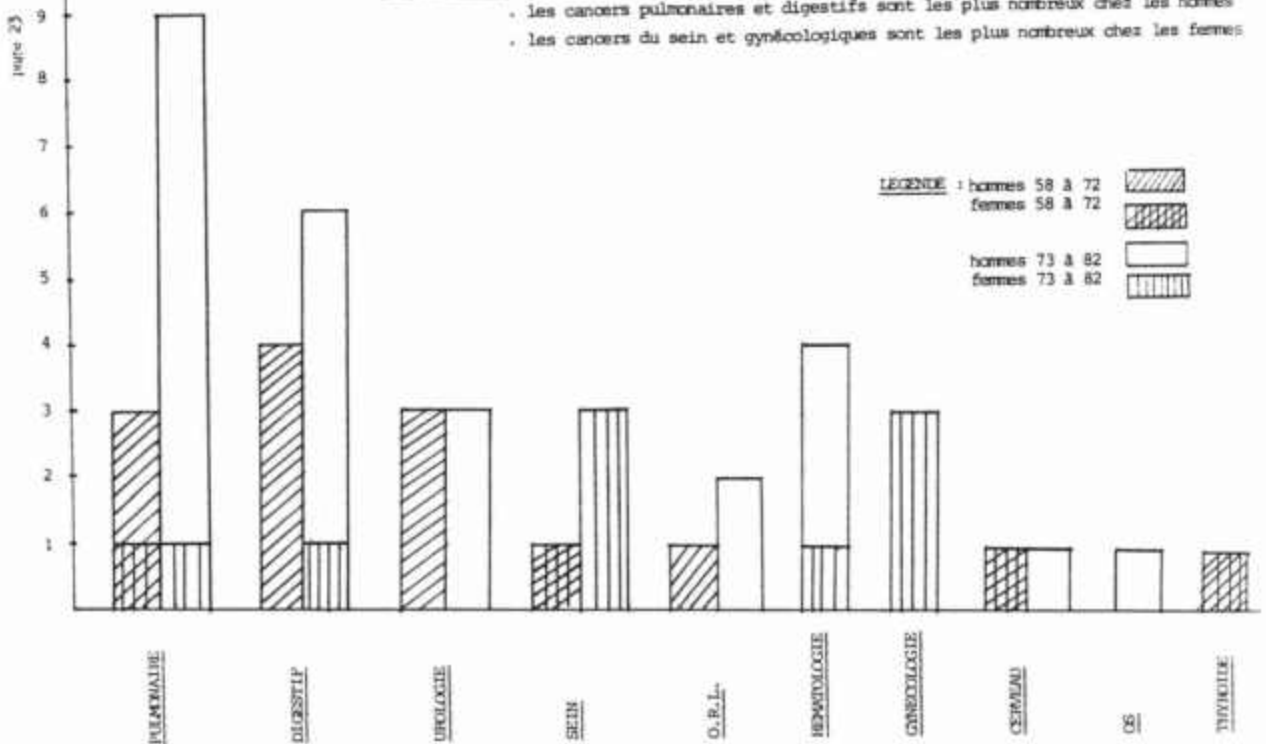
Nombre de cas

Tableau III.2.2.

## COMPARAISON DES DIFFERENTS TYPES DE CANCER ENTRE 1958 - 1972 et 1973 - 1982

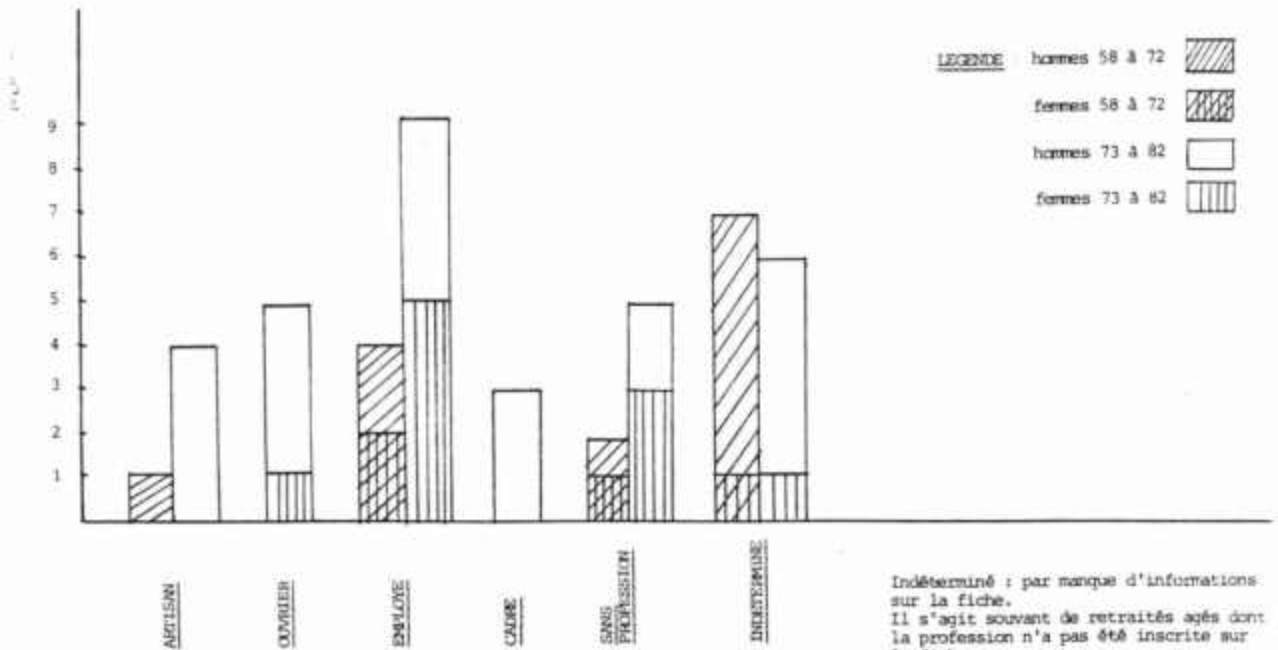
selon le sexe

- . les cancers pulmonaires et digestifs sont les plus nombreux chez les hommes
- . les cancers du sein et gynécologiques sont les plus nombreux chez les femmes



Nombre de cas

Tableau III.2.3.



## ETUDE COMPARATIVE DES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES TOUCHEES PAR LE CANCER ENTRE 1958 ET 1982

- . différences selon le sexe
- . les employés et les femmes sans profession sont les plus touchés

2°) les formes de cancer atteignant les femmes restent essentiellement le cancer du sein et de la sphère génitale. La participation féminine dans les autres types de cancer a été faible dans cette clientèle.

### III.2.3. Etude comparative des catégories socio-professionnelles. Décès dus au cancer entre 1958 et 1972 et entre 1973 et 1982.

#### Idéogramme III.2.3.

Dans les deux groupes étudiés, ce sont les classes "ouvriers" et "employés" qui sont les plus nombreuses. Il n'existe qu'un faible pourcentage de cadres.

Nous verrons, en comparant ces chiffres avec ceux de l'ensemble des malades cancéreux encore en vie, s'il existe une inégalité de chances devant la maladie cancéreuse, en nous appuyant aussi sur des réflexions réalisées dans le cadre de la concertation nationale sur le cancer.

### III.3. ETUDE DE CHAQUE TYPE DE CANCER EN FONCTION DES DIFFERENTS PARAMETRES ET DE FACON COMPARATIVE DANS LES DEUX SOUS-GROUPES ETUDIES.

#### III.3.1. Etude globale

Nous avons établi pour les deux sous-groupes de malades décédés d'un cancer entre 1958 et 1972 d'une part, et entre 1973 et 1982 d'autre part, deux tableaux de synthèse : II.2.a et II.2.b.

Pour chaque cas nous avons calculé :

. le temps de survie, temps écoulé entre le diagnostic établi et la date de la mort

. le délai écoulé entre le premier signe et le diagnostic

. l'ancienneté du malade dans la clientèle, c'est à dire le temps écoulé entre la première consultation au cabinet et la date du diagnostic

./...



. la fréquentation du cabinet médical, c'est à dire le nombre de consultations totales et le nombre de consultation moyen par an, et ce, avant et après le diagnostic.

Il faut rappeler cependant que les visites à domicile ne sont pas prises en compte.

De l'étude de ces deux tableaux : III2.a et III2.b, nous avons tiré la synthèse chiffrée suivante :

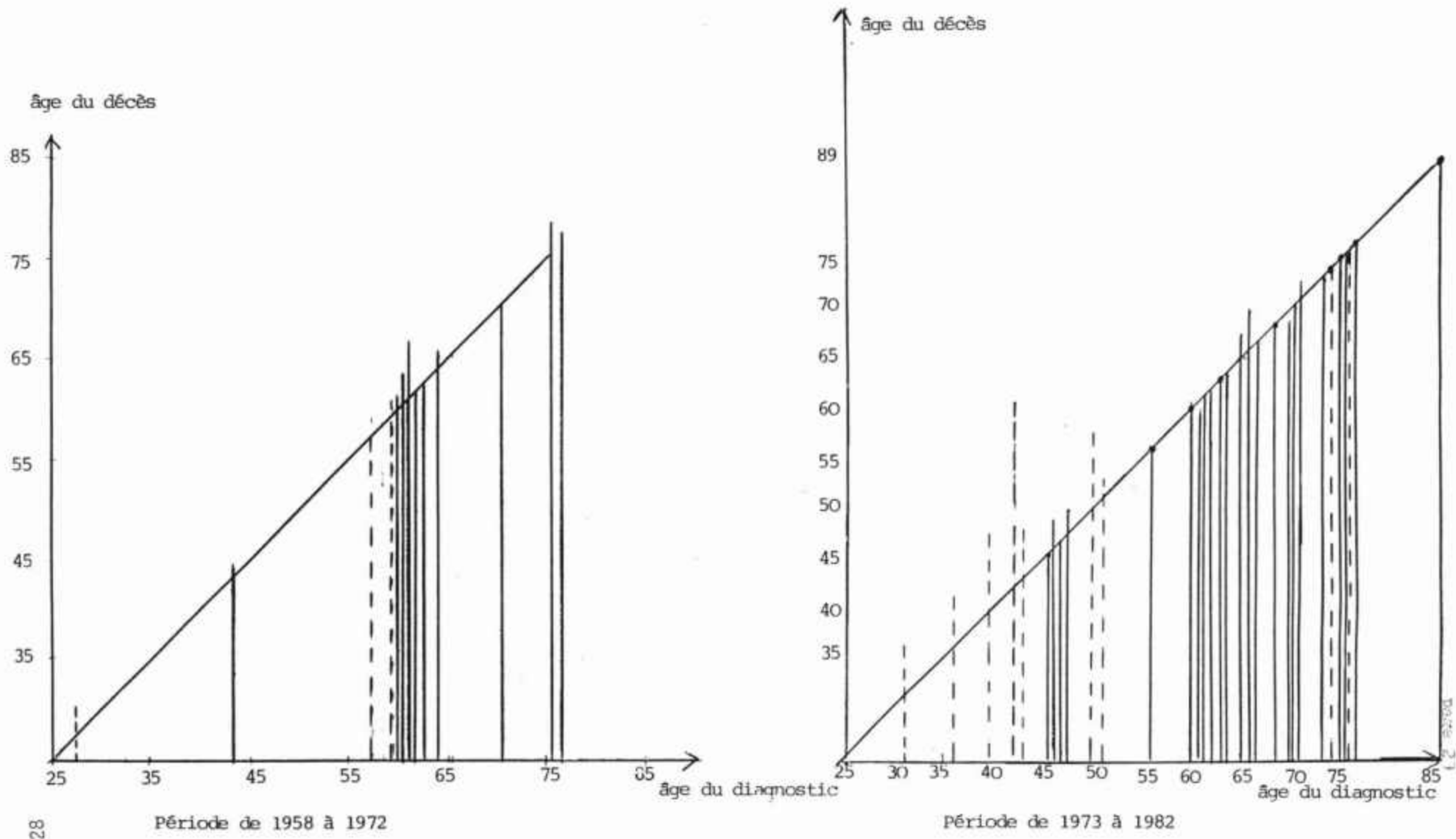
	1958 - 1972	1973 - 1982
SURVIE	1,6 an	2 ans
Délai entre le premier signe et le diagnostic	1,3 mois	1,2 mois
Ancienneté du malade dans la clientèle à la date du diagnostic	2 ans	6 ans
Nombre de consultations par an avant et après le diagnostic	2,3 / 1,1	2,8 / 1,8
Age du diagnostic	62,9 ans H 47,3 ans F	64,6 ans H 51,7 ans F
Age du décès	64,5 ans H 49 ans F	65,6 ans H 55,3 ans F

Plusieurs remarques peuvent être faites à partir de ce tableau de synthèse :

1°) la survie des malades est peu modifiée au cours des deux périodes. La survie de 19 ans d'un cancer du sein n'a volontairement pas été prise en compte pour le calcul de la durée moyenne de survie, ce cas étant très atypique, il aurait trop fortement influencé la moyenne.

./...

Peu de survie supérieure à un an, sauf parmi les femmes



### III. 3.2. Etude de la survie des malades

Le graphique III.3.2. a été réalisé en portant en abscisse l'âge du diagnostic et en ordonnée l'âge du décès de chaque malade des deux sous-groupes.

Tous les points sur la bissectrice correspondent aux survies égales à un an ou plus.

Les traits dépassant cette bissectrice, en pointillé pour les femmes, en trait plein pour les hommes, correspondent aux survies supérieures à un an.

On constate que très peu de malades dépassent la bissectrice de façon significative :

. de 1958 à 1972

- 2 femmes sur 4
- 3 hommes sur 10

. de 1973 à 1982

- 7 femmes sur 9
- 5 hommes sur 23

Les femmes sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses que les hommes à avoir une survie supérieure à un an, et leur nombre augmente après 1972.

Citons ici quelques chiffres publiés par l'INSERM (4) :

mortalité par cancer

- . en 1968 : 320 o/oo-hommes  
173 o/oo femmes
- . en 1975 320 o/oo hommes  
162 o/oo femmes
- . en 1978 332 o/oo hommes  
157 o/oo femmes

On retrouve ici deux notions importantes :

- la mortalité chez les hommes a tendance à rester stable, voir à augmenter.

- la mortalité par cancer chez les femmes, inférieure proportionnellement à celle des hommes, a tendance à diminuer.

Nous avons trop peu de cas dans notre étude pour comparer entre hommes et femmes, et pendant les deux périodes, les moyennes de survie par type de cancer.

Cependant, tous les types de cancer confondus, pendant la période 1958 à 1982, la survie moyenne est de :

- . 4,3 ans pour les femmes (en tenant compte de la survie de 19 ans)
- . 1,4 an pour les hommes

Dans notre population de cancéreux, la survie des femmes est donc plus longue que celle des hommes.

Cette femme atteinte de cancer qui a survécu pendant 19 ans, et est décédée de son cancer, présente une histoire clinique intéressante que nous avons jugé bon de raconter ici :

Il s'agit d'une malade âgée de 42 ans au moment où elle consulte le docteur R... pour la première fois en Août 1962.

Elle a découvert par autopalpation une tumeur mammaire.

Le diagnostic de malignité est porté très rapidement.

Elle subit alors une intervention chirurgicale type Halsted, avec curage ganglionnaire. Pas de radiothérapie. Les ganglions ne sont pas envahis.

En Mars 1979, soit 17 ans après la première localisation, la malade redécouvre une masse au creux axillaire qui s'avèrera cancéreuse à l'examen anatomopathologique.

Elle reçoit alors une radiothérapie locale et une hormonothérapie (Nolvadex). Ce n'est qu'un an plus tard qu'une chimiothérapie est commencée.

Malgré ce traitement, l'évolution sera rapidement fatale en un an.

On voit ici que le stade des cinq ans de rémission généralement admis par les cancérologues pour parler de guérison dans les cancers du sein, était largement dépassé lorsque la récurrence a eu lieu.

L'évolution après l'apparition de la métastase a été beaucoup plus rapide:

deux ans, ce qui est court pour un cancer du sein, et le traitement n'a pas réussi à enrayer le processus malin.

### III.3.3. Etude du délai entre le premier signe évocateur du cancer et l'établissement du diagnostic.

Rappelons que le délai moyen dans la population des "morituri" c'est à dire l'ensemble des malades cancéreux morts entre 1958 et 1982 est de 1,2 mois.

En reprenant les tableaux III.3.a et III.3.b on relève trois chiffres de délai très nettement discordants par rapport aux autres délais. Ces trois chiffres n'ont d'ailleurs pas été pris en compte pour calculer le délai moyen.

Il s'agit de deux cancers de la vessie et d'un cancer de l'ovaire.

1°) en ce qui concerne les cancers de la vessie, ce sont deux hommes âgés - 70 et 76 ans- qui consultent pour hématurie macroscopique. Une cystoscopie est faite qui découvre dans les deux cas des papillomes bénins.

On pratique une première électrocoagulation.

Un an après, survient une pollakiurie avec dysurie. Dans les deux cas, une seconde cystoscopie est faite ainsi qu'une nouvelle électrocoagulation et une dilatation urétrale.

Ces examens douloureux sont très mal vécus par ces malades âgés que leurs problèmes urinaires n'inquiètent pas tellement, étant considérés par beaucoup de vieillards comme normaux, passé un certain âge.

C'est pourquoi, lors d'une nouvelle récurrence, ils ne consultent le spécialiste que tardivement, et cette fois il s'agit d'une tumeur maligne ayant évolué à bas bruit depuis certainement un an ou deux, sans signe extérieur particulier, si ce n'est peut-être une hématurie microscopique qu'il aurait fallu rechercher.

Se posent ici plusieurs problèmes :

- celui de la relativité de l'importance d'un diagnostic ultra rapide dans le pronostic du cancer. En effet, une tumeur évoluant depuis plusieurs années ne voit pas son pronostic modifié notablement, selon que le diagnostic soit posé en un, deux ou trois mois, compte tenu des connaissances actuelles sur la vitesse de multiplication cellulaire,

excepté pour les tumeurs inflammatoires.

- celui du rôle du médecin généraliste dans le dépistage des cancers qui est primordial, selon les rapporteurs de la concertation Nationale sur le cancer (5)

Cependant, la notion de dépistage repose sur l'idée que tout cancer présente au cours de son évolution une phase localisée asymptomatique suffisamment longue pour permettre un diagnostic durant cette période.

Cette hypothèse généralement admise est loin d'être toujours vérifiée dans certaines localisations et notamment dans le cancer de la vessie: en effet le passage à la malignité de tumeurs récidivantes bénignes est très difficile à cerner dans ce cas, d'autant que les examens de dépistage sont, là, difficiles à réaliser, leur rythme doit être connu et planifié, ce qui nous amène au troisième point :

- celui de l'efficacité des tests de dépistage qui doivent être simples, peu onéreux et facilement acceptables par les malades, ce qui n'est pas vraiment le cas des cystoscopies.

2°) en ce qui concerne le cancer de l'ovaire, dont le délai entre le premier signe et le diagnostic est de 4 mois, il s'agit d'une femme de 51 ans, suivie par le médecin généraliste depuis 8 ans, et sur le plan gynécologique par un spécialiste de façon régulière.

Cette patiente signale à son médecin généraliste des métrorragies pour lesquelles elle consulte son gynécologue.

Ce dernier palpe un fibrome et pense que l'installation de la ménopause règlera ce problème sans qu'il y ait besoin d'une intervention.

Trois mois plus tard, devant la persistance des métrorragies, il parle alors d'un éventuel curetage biopsique.

La malade subit alors en urgence une ablation de la vésicule biliaire pour crise d'angiocholite, et c'est au cours de l'intervention que le chirurgien découvrira une grosse tumeur ovarienne.

L'évolution sera rapidement fatale.

Ici se pose le problème de l'intervention du généraliste dans un domaine dont s'occupait régulièrement un spécialiste.

GRAPHIQUE III.3.5.

ETUDE DU DELAI MIS POUR ETABLIR LE DIAGNOSTIC EN FONCTION DE LA FREQUENTATION  
DU CABINET MEDICAL PAR LE MALADE

. la régularité des consultations n'influe pas sur la rapidité du diagnostic

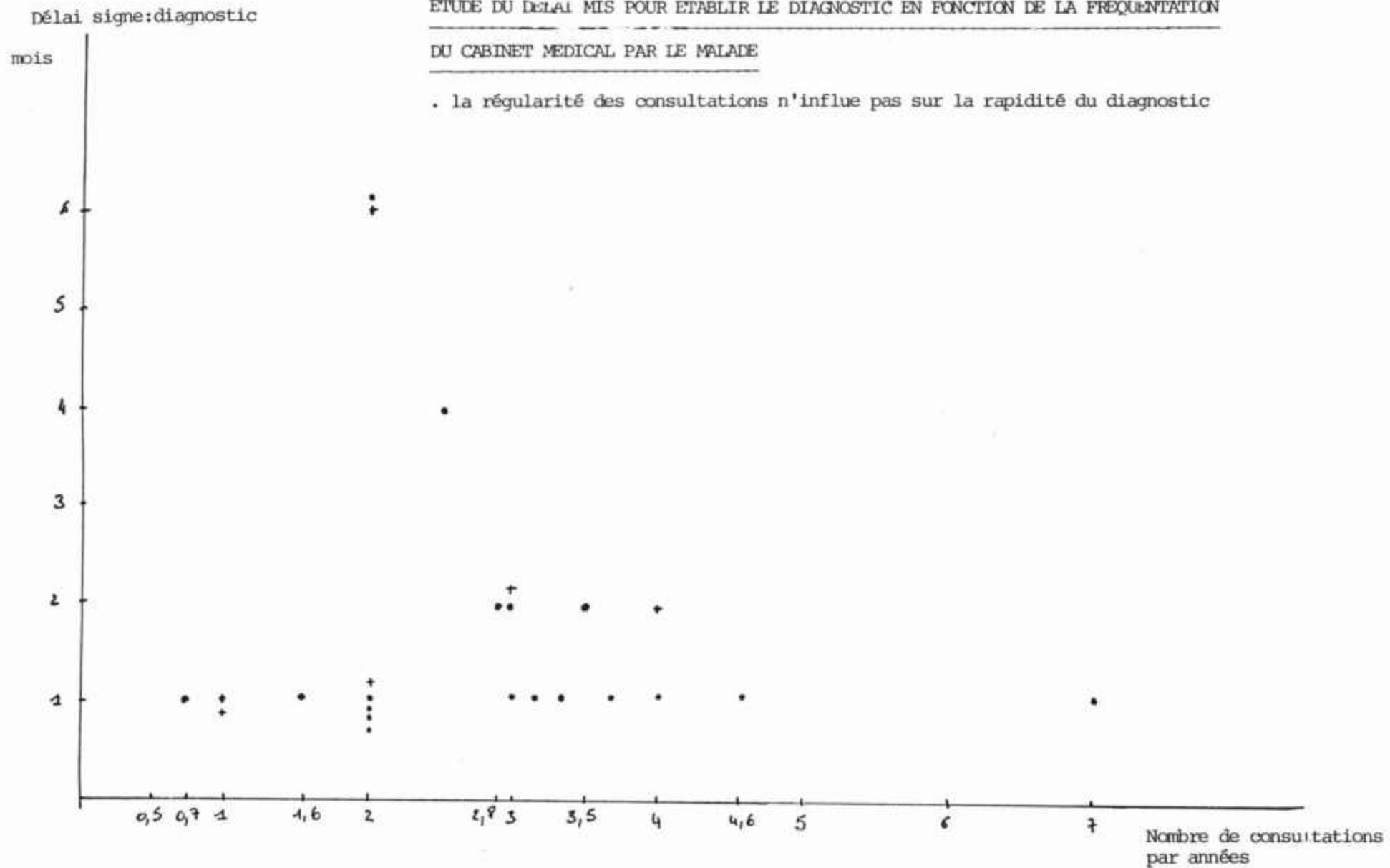
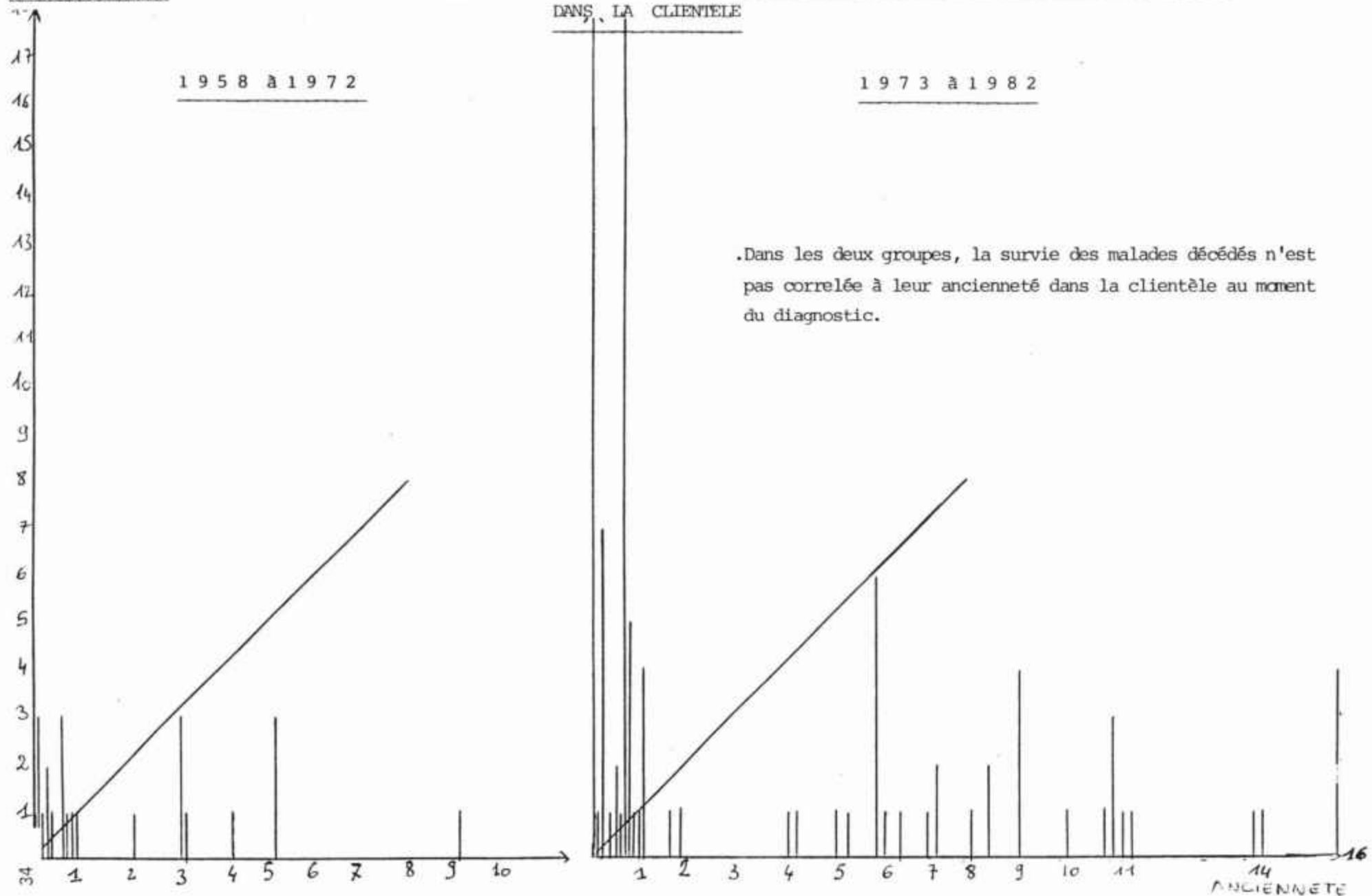


TABLEAU III.3.4. ETUDE DE LA SURVIE DES MALADES EN FONCTION DE LEUR ANCIENNETE

années de survie





#### III.3.4. Etude de la survie des malades en fonction de leur ancienneté dans la clientèle.

Si l'on se reporte au graphique III.3.4. on s'aperçoit que les malades les plus anciens dans la clientèle au moment du diagnostic ne sont pas ceux qui ont les survies les plus longues.

On aurait pu penser qu'un malade régulièrement suivi sur le plan médical devait affronter la maladie avec un meilleur pronostic. Or, on voit ici que la survie après diagnostic n'est pas corrélée à l'ancienneté dans la clientèle : les survies les plus importantes se voient chez les malades de présence très récente dans la clientèle.

#### III.3.5. Etude de la fréquentation du cabinet médical avant le diagnostic.

##### graphique III.3.5.

Comme nous l'avons vu précédemment la majorité des malades, 37 fois sur 46, a eu un diagnostic établi très rapidement : 1 mois et pour 5 malades 2 mois.

Trois malades seulement ont des délais dépassant 4 mois entre le premier signe et le diagnostic. Leur fréquentation du cabinet était de l'ordre de 2 à 3 consultations par an.

En fait, il n'existe pas de corrélation entre la fréquence des consultations avant le diagnostic et le délai entre le premier signe et le diagnostic.

#### III.3.6. Age moyen du diagnostic et âge moyen du décès selon le sexe et pour chaque type de cancer.

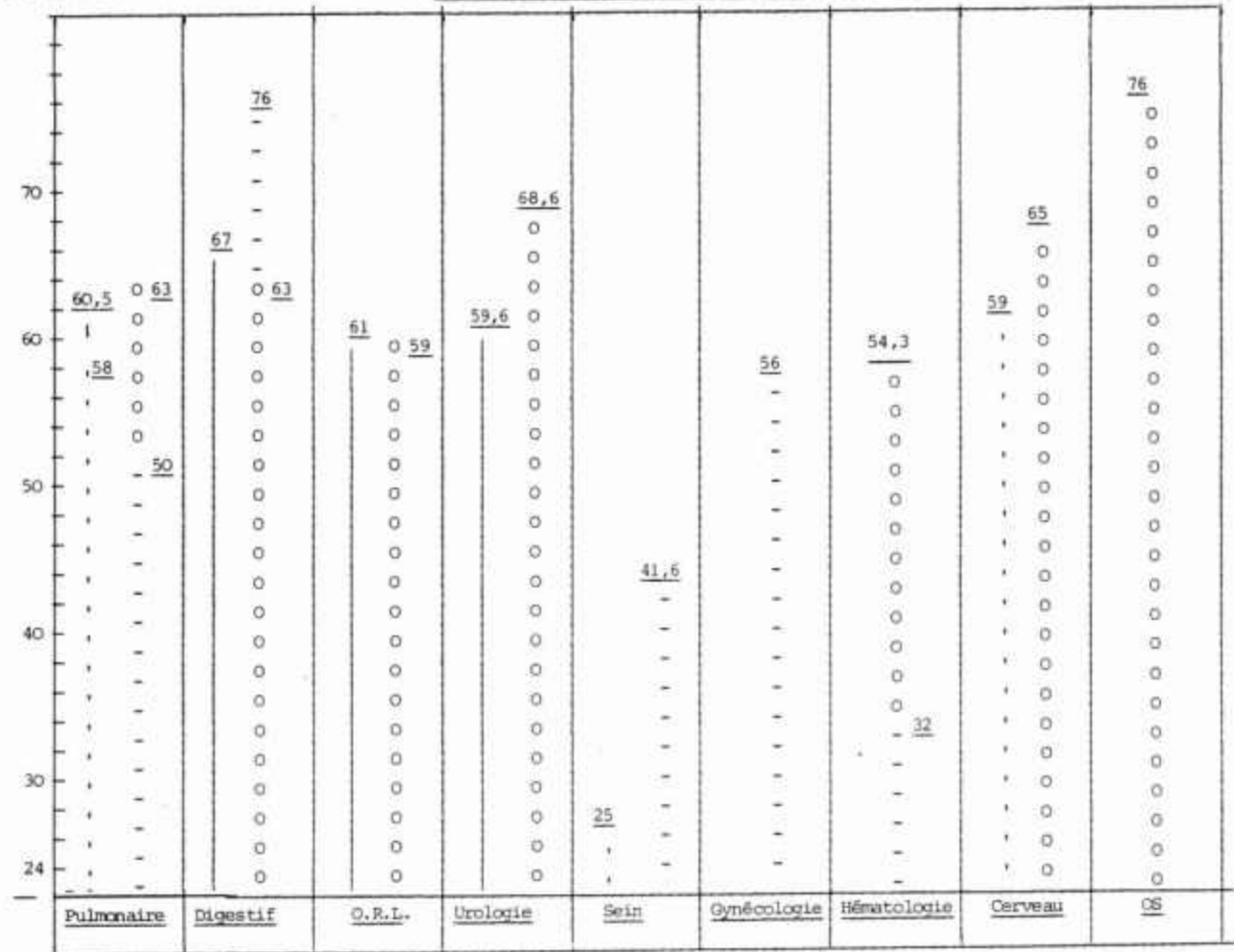
De 1958 à 1972, l'âge moyen du diagnostic de cancer, tous types confondus, est

./...

TABLEAU III.3.6.a.

AGES MOYENS DE DIAGNOSTIC COMPARÉS DANS CHAQUE TYPE DE CANCER, PAR SEXE,  
AVANT ET APRES 1972, DÉBUT DE LA GÉNÉRALISATION DES CHIMIOTHÉRAPIES ANTICANCÉREUSES

age du  
diagnostic

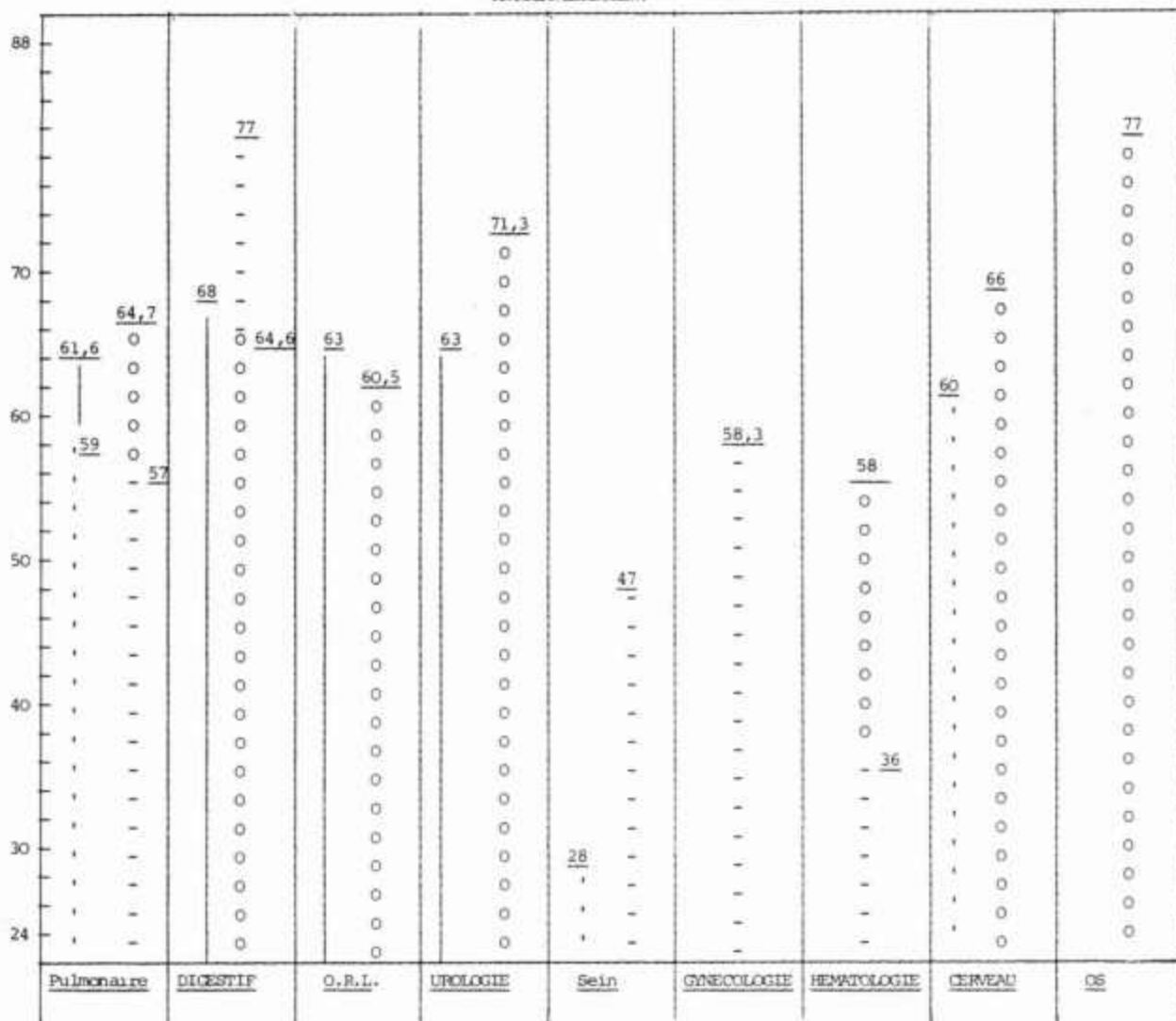


Légende :  
 | hommes 58 à 72  
 | femmes 58 à 72  
 |  
 o hommes 73 à 82  
 o femmes 73 à 82  
 -

TABLEAU III.3.6.b.

AGES MOYENS DES DECES COMPARES DANS CHAQUE TYPE DE CANCER, PAR SEXE,  
 AVANT ET APRES 1972, DEBUT DE LA GENERALISATION DES CHIMIOETHERAPIES  
 ANTICANCEREUSES.

Age du  
 décès



62,9 ans pour les hommes

47,3 ans pour les femmes

de 1973 à 1982 l'âge moyen du diagnostic est de :

64,6 ans pour les hommes

51,7 ans pour les femmes

On constate donc une très faible progression des âges moyens de diagnostic et de décès pour les hommes, et une progression un peu plus importante pour les femmes.

Cependant, en ce qui concerne la progression chez les femmes de l'âge moyen du diagnostic, on voit sur les tableaux III.3.6.a et b que c'est le sous-groupe des femmes atteintes du cancer du sein qui explique cette progression. En réalité le diagnostic établi à l'âge de 25 ans est le fait d'une seule malade, et on voit à quel point le faible nombre de cas induit de biais dans une étude de par la présence d'un seul cas fortement atypique.

Pour tous les autres types de cancer, la variation d'âge moyen au moment du diagnostic et du décès avant et après 1972 paraît peu significative.

### III.3.7. Les cancers métastasés.

Nous avons étudié dans un bref travail, la nature et la fréquence des cancers métastasés, avant et après 1972.

#### 1°) la fréquence :

Il existe 5 cancers métastasés sur un total de 14 cancéreux entre 1958 et 1972, soit 35 %.

Entre 1973 et 1982 il existe 11 cancers métastasés sur 32 malades, soit 34 %.

On voit donc que la fréquence des métastases reste la même.

TABLEAU III.4.1. (suite)

<u>GASTRIQUE</u>	1 an	1	2	0	3
	1 an	2	1	0	2
	1 an	0	0	0	0
	1 an	14	0	14	0
<u>HEPATIQUE</u>	1 an	0	1	0	0
	1 an	11	0	0	0
	1 an	0	4	0	0
	2 ans	10	0	6	0
<u>OESOPHAGE</u>	2 ans	2	0	1	1
	1 an	0	2	0	0
<u>COLON</u>	5 ans	0	0	12	18
	1 an	0	0	0	2
	1 an	2	0	0	0
	1 an	6	2	4	3
moyenne	1,3 ans	4,1	1	2,6	2
<u>OVAIRE</u>	4 ans	1	5	1	16
	2 ans	16	2	2	4
	2 ans	10	8	4	8
moyenne	2,6 ans	9	5	2,2	9,3
<u>HEMATOLOGIQUE</u>	4 ans	3	6	2	6
	1 an	1	0	0	0
	2 ans	0	7	0	2
	1 an	2	0	1	0
	1 an	8	0	2	1
	1 an	0	1	2	3
moyenne	1,6 ans	2,3	2,1	1,1	2
<u>CERVEAU</u>	1 an	21	3	6	3
	1 an	6	0	1	1
<u>THYROIDE</u>	3 ans	0	1	0	0
<u>UTERUS</u>	6 ans	0	8	0	0
<u>OS</u>	1 an	7	1	2	3

2°) la nature des cancers métastasés et le type de métastases :

- entre 1958 et 1972 :

- . thyroïde : métastases cutanées et abdominales
- . oesophage : métastases cutanées et amygdaliennes
- . rein : métastases osseuses
- . vessie : métastases osseuses
- . vessie : métastases duodénales

- entre 1973 et 1982 :

- . utérus : métastases cutanées
- . ovaire : métastases osseuses et cérébrales
- . oesophage : métastases bronchiques
- . sein : métastases osseuses et ganglionnaires  
pour les 3 cas de cancer du sein
- . ORL : métastases osseuses
- . poumons : métastases osseuses pour 2 malades  
métastases ganglionnaires dans 1 cas

Vu d'un cabinet de médecine générale, tous les types de cancer peuvent métastaser, d'une part, et les métastases osseuses sont les plus fréquentes.

3°) survie de ces malades après la découverte des premières métastases :

- 1958 à 1972 : 6,8 mois
- 1973 à 1982 : 9,2 mois

Il existe cependant une progression de la durée de survie après 1972 qui peut être en rapport avec l'introduction de la chimiothérapie comme nous le verrons dans le chapitre des traitements.

### III.4. EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET CONSULTATIONS SPECIALISEES

Afin de rendre plus complet notre travail sur le groupe des malades que nous avons intitulés "les morituri" c'est à dire ceux qui sont destinés à mourir, nous avons étudié la demande de soin de ces patients de façon plus globale, en comptabilisant les recours aux spécialistes et aux examens complémentaires : bilans sanguins et urinaires, radiologiques etc.

Ce travail a pu être réalisé d'après la correspondance entretenue entre les spécialistes et le médecin traitant, ainsi que d'après les résultats d'analyses biologiques ou compte rendu radiologiques collationnés dans les dossiers fiches des malades.

Nous avons dans un premier temps, étudié ces demandes de soin avant et après le diagnostic, puis chaque année suivant le diagnostic.

Enfin, nous situerons le recours aux examens spécialisés dans le cancer par rapport aux recours dans les autres causes de mortalité en utilisant les chiffres de Madame le docteur Teboul dans sa thèse (1)

#### III.4.1. Fréquence des examens complémentaires et consultations spécialisées, en fonction des types de cancer avant le diagnostic et pendant la survie ultérieure.

Le tableau III.4.1.a nous indique pour chaque malade et pour chaque type de tumeur le nombre total des examens complémentaires et consultations de spécialistes recensés pour chaque malade, et ce, avant et après le diagnostic.

Rapporté au nombre annuel, en moyenne, chaque malade consulte et pratique par an :

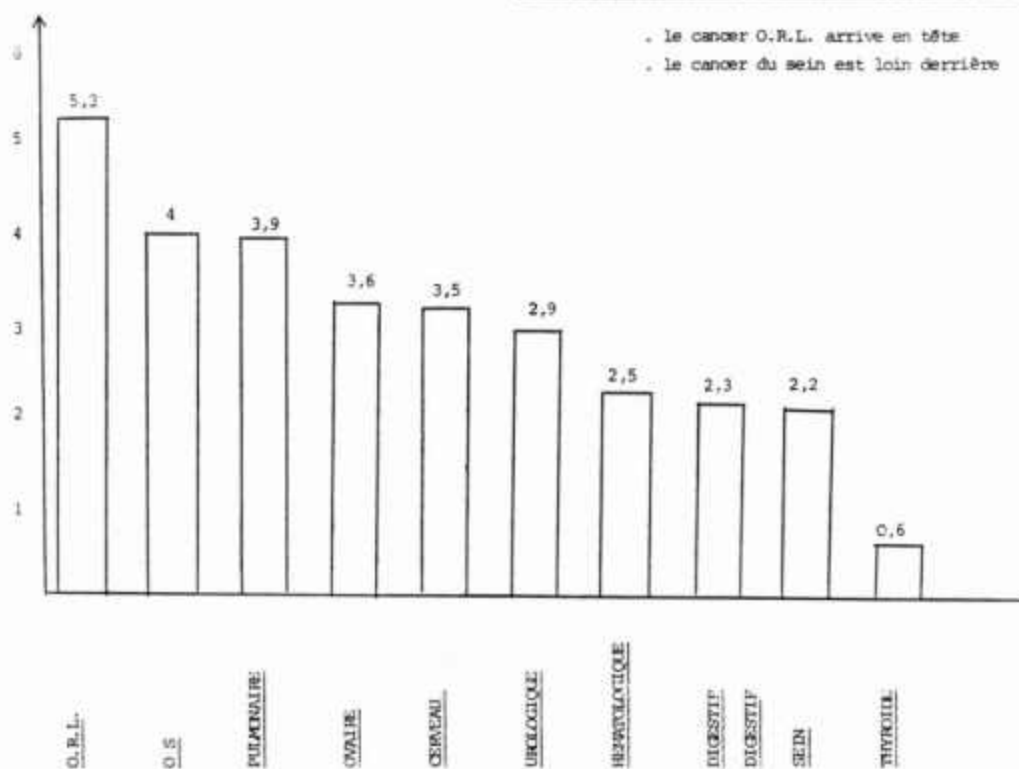
- avant le diagnostic : 2,6 spécialistes  
3,6 examens complémentaires
- après le diagnostic : 3,8 spécialistes  
2,8 examens complémentaires

Ces divers chiffres sont très proches.

./...

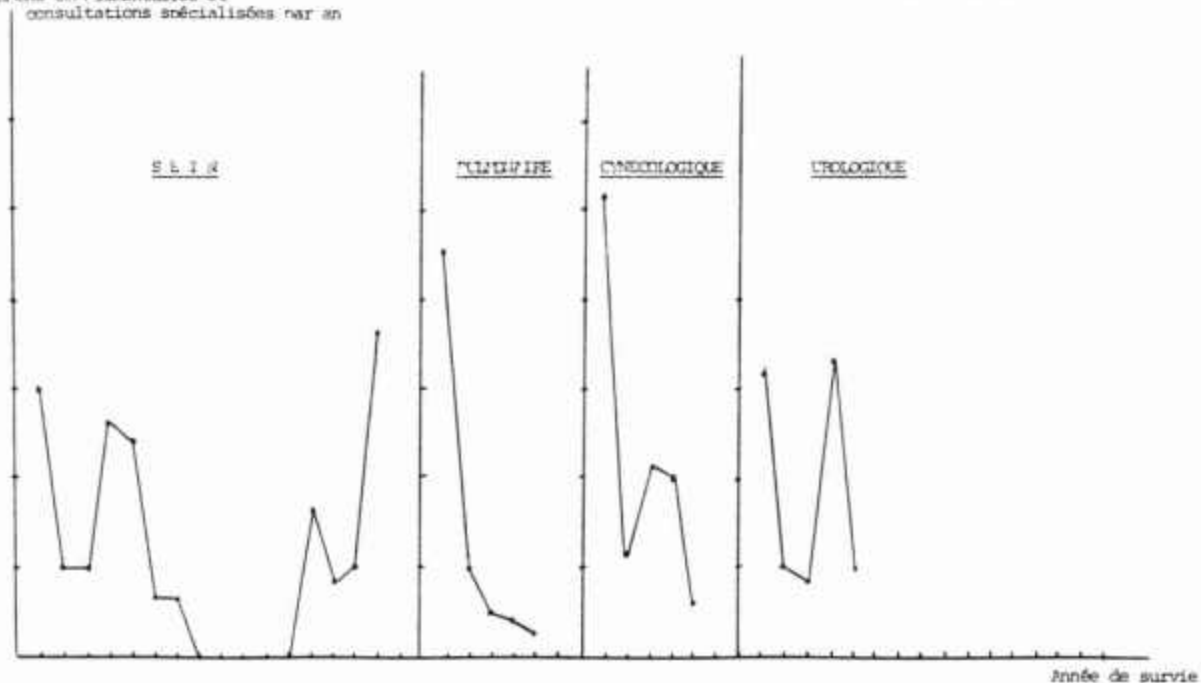
Tableau III.4.1.b

## DEMANDE DE SOINS MOYENNE PAR AN ET PAR TYPE DE CANCER



jours complémentaires et consultations spécialisées par an

Tableau III.4.1.



## DEMANDE DE SOINS SPECIALISES PAR ANNEE DE SURVIE CHEZ LES MALADES DECEDES DE LEUR CANCER.

- . décélération de la courbe la deuxième année
- . remontée secondaire vers la troisième et la quatrième année



Il est logique de retrouver plus de recours aux spécialistes après le diagnostic de la maladie.

Le tableau III.4.1.b visualise les demandes de soins spécialisés, moyennes par an et par type de cancer.

On voit que les cancers ORL ont la demande globale de soins spécialisés la plus importante, alors qu'au contraire, le cancer du sein représente une des plus faibles demandes.

Si l'on étudie chaque type de cancer par année de survie, tableau III.4.3. on constate que les courbes ont une certaine similitude. Nous avons choisi, en fait, 4 types de cancer ayant une survie suffisante pour être étudiée :

- décélération des examens dès la deuxième année
- une première reprise précoce vers la quatrième année
- une seconde reprise plus tardive vers la treizième année, pour le cancer du sein à survie très prolongée..

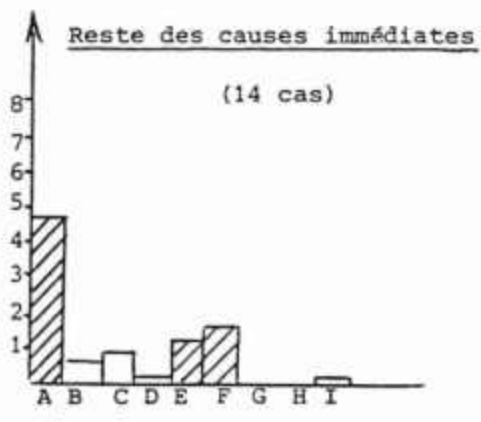
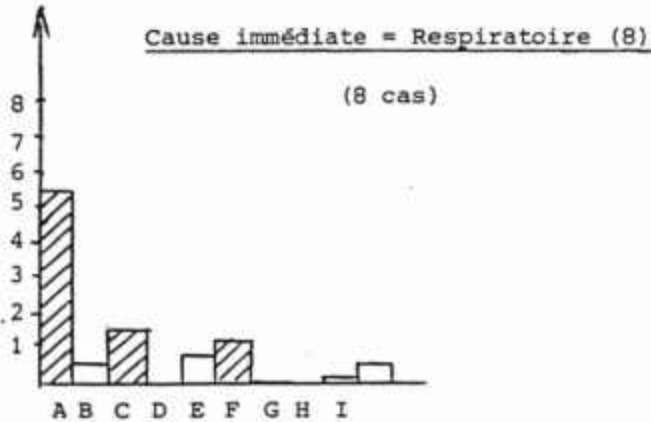
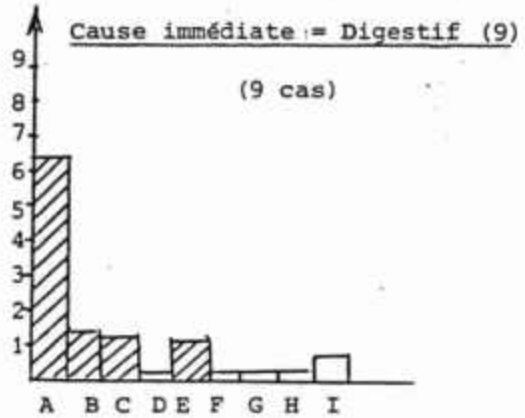
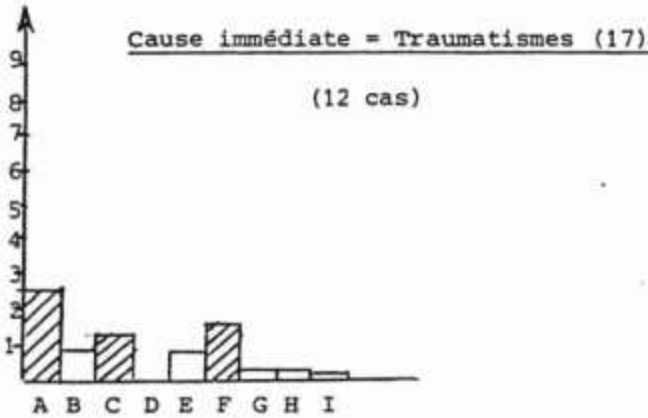
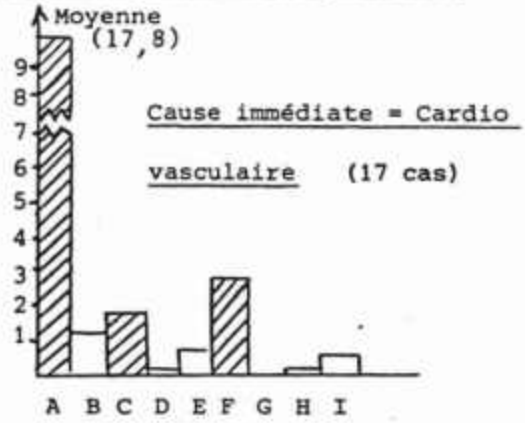
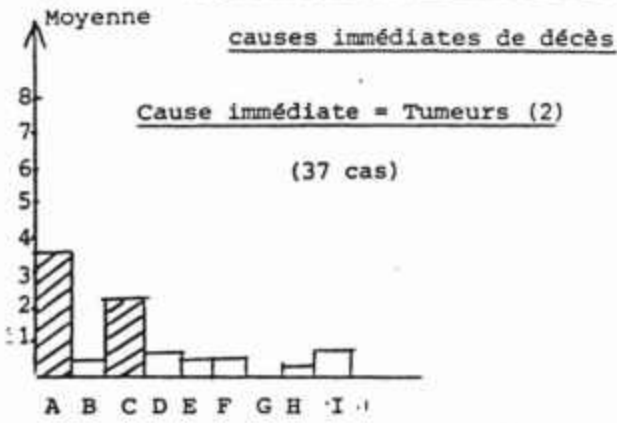
Au vu de ces courbes, on peut donc faire plusieurs constatations :

- les cancers à survie très prolongée (le sein) ne nécessitent pas plus de recours aux spécialités cliniques, biologiques ou radiologiques que les cancers à évolution rapide, en moyenne annuelle.

- tous les cancers ont un maximum de demande de soin la première année, correspondant probablement au bilan diagnostique et d'extension des lésions.

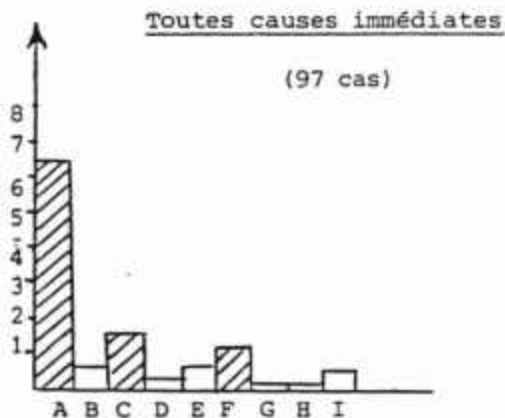
- une reprise a lieu pour beaucoup de cancers vers la troisième ou la quatrième année d'évolution, correspondant peut être aux récurrences et métastases.

./...



Légendes :

- A Biologie sanguine
- B Biologie urinaire
- C Radios
- D Scopies (autres que radioscopies: fibroscopies, etc)
- E Bactériologie
- F Electro cardiogramme (ECG)
- G Electro encéphalogramme (EEG)
- H Biopsie
- I Autres examens



## V.4.2. Autres recours au système de santé pour les causes immédiates de décès

	Les 5 premières causes immédiates de décès										Reste		TOTAL	
	Tumeurs		Cardio-vasculaire		Traumatismes		Digestif		Respiratoire		Nombre décès	Moyenne	Nombre décès	Moyenne
	Nombre décès	Moyenne	Nombre décès	Moyenne	Nombre décès	Moyenne	Nombre décès	Moyenne	Nombre décès	Moyenne				
Nombre de morts	37		17		12		9		8		14		97	
<b>EXAMENS COMPLÉMENTAIRES</b>														
<b>BILOGIE</b>														
- Sangue	131	1,5	201	1,8	30	2,5	57	4,3	43	5,4	67	4,8	631	4,5
- Urinaire	13	0,4	21	1,2	11	0,9	12	1,3	4	0,5	10	0,7	71	0,7
<b>RADIOGRAPHIE</b>														
- Pulmonaire	30	0,8	10	0,8	4	0,3			5	0,4	4	0,4	55	0,4
- Osseuse	13	0,4	6	0,4	4	0,3	3	0,3	2	0,3	3	0,2	31	0,3
- Transit gastro-duodénal	17		9	0,5	1	0,1	5	0,4	2	0,3			34	0,4
- L'échographie intra-vasculaire	8	0,2	4	0,2	1	0,1			2	0,3	1	0,1	16	0,2
- Autres	15	0,4	3	0,2	5	0,4	3	0,3			2	0,1	28	0,3
<b>Sous-Total</b>	<b>83</b>	<b>2,2</b>	<b>32</b>	<b>1,9</b>	<b>15</b>	<b>1,2</b>	<b>11</b>	<b>1,2</b>	<b>11</b>	<b>1,4</b>	<b>12</b>	<b>0,9</b>	<b>164</b>	<b>1,7</b>
<b>SCOPIE</b>	22	0,6	2	0,1	1	0,1	2	0,2			3	0,2	30	0,3
<b>BACTERIOLOGIE</b>	13	0,4	13	0,8	9	0,8	10	1,1	6	0,8	17	1,2	66	0,7
<b>EXAMENS ELECTRIQUES</b>														
- ECG	20	0,5	47	2,8	20	1,7	3	0,2	9	1,1	22	1,6	120	1,2
- EEG	2	0,-			2	0,2	2	0,2					6	0,1
<b>BIOPSIES</b>	6	0,2	3	0,2	2	0,2	2	0,2	1	0,1			14	0,1
<b>AUTRES</b>	26	0,7	8	0,5	1	0,1	7	0,8	4	0,5	2	0,1	48	0,5
<b>T O T A L</b>	<b>316</b>	<b>3,5</b>	<b>429</b>	<b>3,2</b>	<b>91</b>	<b>7,4</b>	<b>105</b>	<b>11,7</b>	<b>78</b>	<b>9,8</b>	<b>133</b>	<b>9,5</b>	<b>1152</b>	<b>11,9</b>
<b>SECTEURS HOSPITALIERS</b>														
<b>CHIMURGIE GENERALE</b>	49	1,3	8	0,5	8	0,7	4	0,4			9	0,6	79	0,8
<b>MEDICINE</b>	32	0,9	10	0,6	5	0,4	9	1,-	2	0,3	9	0,6	67	0,7
<b>PHYSIOLOGIE</b>	21	0,4	5	0,3					20	2,5	6	0,4	52	0,5
<b>CARDIOLOGIE</b>	1	0,-	4	0,4					5	0,4			12	0,1
<b>URO-NEPHROLOGIE</b>	2	0,-	3	0,2	5	0,4					1	0,1	11	0,1
<b>CHIRURGIE VASCULAIRE</b>	1	0,-	3	0,2					3	0,4			7	0,1
<b>NEURO-PSYCHIATRIE</b>	2	0,-			3	0,3	3	0,3					8	0,1
<b>CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE</b>	2	0,-	3	0,2			1	0,1					6	0,1
<b>REANIMATION</b>			4	0,2	1	0,1	1	0,1					6	0,1
<b>CHIRURGIE THORACIQUE</b>	3	0,1			1	0,1			1	0,1			5	0,1
<b>CYTOLOGIE</b>			1	0,-									1	0
<b>PEDIATRIE</b>											1	0,1	1	0
<b>T O T A L</b>	<b>113</b>	<b>3,1</b>	<b>44</b>	<b>2,6</b>	<b>23</b>	<b>1,9</b>	<b>18</b>	<b>2,-</b>	<b>31</b>	<b>3,8</b>	<b>26</b>	<b>1,9</b>	<b>255</b>	<b>2,6</b>
<b>INTERVENTIONS</b>														
<b>CHIRURGIE GENERALE</b>	21	0,4	8	0,5	4	0,5	4	0,4			8	0,4	47	0,5
<b>CHIRURGIE UROLOGIQUE</b>	21	0,6	2	0,1	1	0,1					1	0,1	25	0,3
<b>CHIRURGIE VASCULAIRE</b>			2	0,1					1	0,1	1	0,1	4	0
<b>CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE</b>	2	0,-	3	0,2			1	0,1					6	0,1
<b>CHIRURGIE THORACIQUE</b>	3	0,1			1	0,1							4	0
<b>NEURO-CHIRURGIE</b>							2	0,2					2	0
<b>CYTOLOGIE</b>			1	0									1	0
<b>T O T A L</b>	<b>47</b>	<b>1,3</b>	<b>16</b>	<b>0,9</b>	<b>8</b>	<b>0,7</b>	<b>7</b>	<b>0,8</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>10</b>	<b>0,7</b>	<b>89</b>	<b>0,9</b>

Nous comparerons plus loin ces courbes avec celles des malades cancéreux encore en vie.

#### III.4.2. Comparaison avec les demandes de soin de malades décédés toutes causes confondues.

Il nous a paru intéressant de reprendre les chiffres trouvés par Madame le docteur Teboul dans son chapitre sur les recours au système médical (1).

On voit que le cancer, tous types de tumeur confondus, arrive loin derrière les maladies cardiovasculaires par exemple, en ce qui concerne les recours aux spécialistes et aux examens complémentaires:

en moyenne par malade :

- 3,9 consultations spécialisées pour le cancer
- 5,5 consultations spécialisées pour les malades cardiovasculaires

et,

- 8,5 examens complémentaires pour les malades cancéreux
- 25,2 examens complémentaires pour les malades cardiovasculaires

Le cancéreux se situe en fait au niveau de la demande moyenne par malade décédé, toute cause confondue.

### III.5. LES DIFFERENTS TYPES DE TRAITEMENTS PROPOSES AUX MALADES

#### CANCEREUX PENDANT UNE PERIODE DE 20 ANS, DANS LA CLIENTELE OBSERVEE

Nous avons étudié les traitements des malades morts de leur cancer d'après les lettres de compte rendu des spécialistes, insérées dans les dossiers.

Cela ne donne qu'une image incomplète des traitements reçus, surtout en ce qui concerne les différentes cures de chimiothérapie.

Néanmoins, nous avons essayé d'extraire de ce matériel une vision de ces différents traitements tels qu'ils sont apparus dans un cabinet de médecine générale.

En particulier, nous avons tenté de voir si les traitements avaient évolué avec les années d'une part, et si la survie des "morituri" s'en trouvait modifiée d'autre part.

La méthode de ce travail a consisté à regrouper les différents cancers, par type, et d'établir un listing des différents traitements avec, en regard, la durée de survie correspondante.

Afin d'élargir notre champ d'étude dans le domaine des traitements, nous avons regroupé l'ensemble des "morituri" et l'ensemble des "malades oubliés" dont l'étude suivra.

Dans le cas du groupe des "morituri", vu d'un cabinet de médecine générale, nous nous sommes aperçus que tous les cancers, sauf ceux du sein, pouvaient être repartis en deux catégories :

- . ceux dont la survie est supérieure à un an
- . ceux dont la survie est inférieure à un an.

Quant aux cancers du sein, dont la survie moyenne est de 5 ans, nous les avons partagés en deux groupes :

- . survie de plus de 5 ans
- . survie de moins de 5 ans.

Nous avons ainsi pu mettre en évidence les types de traitements institués, et établir une relation avec la durée de survie des malades.

### III.5.1. Les différents traitements

#### III.5.1.1. Les cancers pulmonaires

Comme nous l'avons vu, les cancers pulmonaires ont un pronostic identique avant et après 1972.

Les deux cancers ayant une survie de plus d'un an étaient des formes localisées accessibles à la chirurgie : ils n'ont pas reçu de chimiothérapie.

9 malades sur 15 ont reçu de la chimiothérapie, mais les cures sont peu nombreuses et de courte durée, et souvent en phase terminale.

On ne note pas d'évolution significative dans les protocoles et les types de traitement avant et après 1972.

#### III.5.1.2 Les cancers du sein

Avant 1972, la chimiothérapie est pratiquement absente des protocoles de traitements qui se résument à la chirurgie associée à la radiothérapie.

Après cette date, les chimiothérapies sont fréquentes et prolongées, mais elles n'interviennent que sur des formes récidivantes ou métastasées.

Trois des quatre malades dont la survie est supérieure à 5 ans ont reçu une chimiothérapie.

CANCERS PULMONAIRESAVANT 1972APRES 1972

<u>SURVIE</u>	<u>TRAITEMENTS</u>	"	<u>SURVIE</u>	<u>TRAITEMENTS</u>
- 1 an	Bétatron endoxan - bléomycine 1 mois avant le décès	"	- 1 an	chirurgie cobalt antibiothérapie
- 1 an	endoxan 1 mois méthotrexate ( velbé ) 1 mois corticothérapie	"	7 ans	chirurgie radiothérapie
- 1 an	chirurgie endoxan	"	- 1 an	chirurgie
		"	- 1 an	endoxan méthotrexate corticoïdes ..... localement degranol
		"	- 1 an	radiothérapie
		"	- 1 an	radiothérapie corticothérapie - rubitracine endoxan méthotrexate
		"	- 1 an	radiothérapie corticothérapie vindésine ( endoxan ) 2 cures CCNU ) CDDP (
		"	- 1 an	radiothérapie endoxan ( cortancyl ) 4 cures méthotrexate ) velbé (
		"	- 1 an	radiothérapie endoxan - cncovin 3 cures
		"	- 1 an	cncovin 5 FU 1 cure CCNU
		"	4 ans	chirurgie cobalt
		"	- 1 an	thioproline 4 cures de 5 j. radiothérapie

CANCERS DU SEIN

<u>AVANT 1972</u>		"	<u>APRES 1972</u>	
<u>SURVIE</u>	<u>TRAITEMENTS</u>	"	<u>SURVIE</u>	<u>TRAITEMENTS</u>
3 ans	radiothérapie endoxan	"	19 ans	halsted hystérectomie
		"		<u>après récurrence</u>
- 1 an	radiothérapie	"		radiothérapie ( 1 mois nolvadex )
		"		nolvadex ( )
14 ans	halsted castration radiothérapie	"		vincristine ( ) 1 mois 5 FU ( ) endoxan ( )
		"		UM 26 ( )
		"		5 FU ( ) 6 cures endoxan ( )
		"		VM 26 ( )
		"		adriablastine ( )
		"		méthotrexate ( ) 1 cure nolvadex ( )
		"		radiothérapie osseuse
		"		adriablastine ( )
		"		VM 50 ( ) 3 cures méthotrexate ( )
		"		prodasone
		"		radiothérapie les 2 derniers mois
		"		
		"	6 ans	halsted castration radiothérapie
		"		<u>après récurrence</u>
		"		curiethérapie
		"		adriamycine
		"		oncovin
		"		endoxan
		"		5 FU
		"		
		"	5 ans	radiothérapie osseuse
		"		nolvadex ( )
		"		primobolan ( ) 1 cure cortalugel ( )
		"		cortalugel ( ) 1 cure primobolan ( )
		"		radiothérapie osseuse
		"		novaldex ( )
		"		primobolan ( ) 1 cure cortalugel ( )
		"		NMME 2 cures
		"		
		"		novaldex ( )
		"		cortancyl ( ) 2 cures parlodol ( )
		"		
		"	2 ans	cobalt corticothérapie



CANCERS DIGESTIFS

<u>AVANT 1972</u>		"	<u>APRES 1972</u>	
<u>SURVIE</u>	<u>TRAITEMENTS</u>	"	<u>SURVIE</u>	<u>TRAITEMENTS</u>
- 1 an	symptomatique	"	5 ans	chirurgie radiothérapie chimiothérapie
- 1 an	symptomatique	"	- 1 an	chirurgie
- 1 an	?	"	- 1 an	chirurgie
- 1 an	chirurgie	"	- 1 an	?
- 1 an	?	"	- 1 an	?
		"	- 1 an	Portal solumédrol
		"	2 ans	chirurgie radiothérapie corticothérapie

CANCERS DES OVAIRES APRES 1972

SURVIE : 4 ans

TRAITEMENT :

hystérectomie totale	
radiothérapie	
alkeran .....	1ère année
adriblastine .....	2ème année
endoxan	
5 FU .....	3ème année
décadurabolin	
indocid .....	4ème année
radiothérapie osseuse	

SURVIE : 2 ans

TRAITEMENT :

hystérectomie totale	
adriamycine	
oncovin	
5 FU	
endoxan	
B C G	
ephynar .....	1 cure
5 FU	
velbé	
thiotépa	
ledertrexate	
alkeran	
B C G .....	1 cure
lederfoline	
ledertrexate	
5 FU .....	1 cure

CANCERS UROLOGIQUES

CANCERS HEMATOLOGIQUES

AVANT 1972		APRES 1972	
SURVIE	TRAITEMENTS	SURVIE	TRAITEMENTS
3 ans vessie	electrocoagulation	- 1 an vessie	chirurgie
- 1 an rein	chirurgie	2 ans vessie	chirurgie radiothérapie locale
- 1 an rein	chirurgie	4 ans prostate	chirurgie oestrogenothérapie oncovin ledertrexate ( 2 mois 5 FU ) endoxan (
- 1 an prostate	?		oncovin ( 1 cure méthotrexate ) endoxan ( ) distilben (
2 ans prostate	chirurgie		alkeran ( 1 cure solupred ) endoxan ( )
			distilben ( 1 cure endoxan ) solupred ( ) alkeran (

AVANT 1972		APRES 1972	
SURVIE	TRAITEMENTS	SURVIE	TRAITEMENTS
- 1 an lympho sarcome	VM 26 deticene endoxan prednisone chloraminophène	4 ans M.D.H.	natulan vincristine ( 1 cure caryolisine ) corticoides velbé 1 cure splenectomie cobaltothérapie
		- 1 an LIC	traitement symptomatique
		2 ans	natulan ( 1 cure melphalan ) solupred ( ) alexanian ( 1 cure endoxan ( ) vincristine ( 1 cure CCH endoxan ( ) plasmaphérèse

CANCERS Q. R. L.

2 ans	cobalt ATB oxyferriscoxbone endoxan	2 ans	chirurgie radiothérapie adriamycine ( 1 cure endoxan )
4	extenciline déponedrol endoxan chirurgie		adriamycine ( 1 cure bléomycine ) solupres ( ) VM 26 ( ) DDP (
2 ans	curiethérapie locale bétatron	1 an	radiothérapie endoxan

AUTRES CANCERS

- 1 an thyroïde	thyroïdectomie iode radioactif	- 1 an os	?
- 1 an cerveau	?	- 1 an cerveau	?

Toutefois, la survie moyenne après le début des cures de chimiothérapie reste brève : 2 ans.

#### III.5.1.3 Les cancers digestifs

Avant 1972, les traitements des cancers digestifs restaient avant tout symptomatiques, et lorsqu'on pouvait opérer, la chirurgie n'était le plus souvent que palliative.

Après 1972, on voit apparaître les premières cures de chimiothérapie associées à la chirurgie et même à la radiothérapie, à visée antalgique le plus souvent pour cette dernière.

C'est d'ailleurs l'association des trois types de traitements qui a donné la survie la plus longue.

#### III.5.1.4. Les cancers des voies urinaires

En ce qui concerne les traitements des tumeurs malignes des reins et de la vessie, la chirurgie reste le traitement de première intention.

Par contre, dans les cas de tumeurs malignes prostatiques, l'oestrogénothérapie associée à la chimiothérapie apparaissent à partir de 1972 avec des survies prolongées (4 ans).

#### III.5.1.5. Les cancers ORL

On voit que les survies ne sont pas modifiées entre 1958 et 1982, de même que les formes de traitement.

La radiothérapie locale est le traitement de base associée éventuellement à la chirurgie ou à la chimiothérapie.

### III.5.1.6. Les cancers hématologiques

De par leur nature même, ce sont des cancers qui ont bénéficié les premiers de la chimiothérapie, et les médicaments ont évolué au fil des années, vers une meilleure efficacité.

Les différents types de cancers hématologiques ont chacun leur protocole, leurs médicaments, et ont des durées de survie très variables.

### III.5.1.7 Les cancers de l'ovaire

Aucun des malades atteints de cancer avant 1972 ne présentaient de tumeurs ovariennes.

Après 1972, le traitement est triple : chirurgie - radiothérapie - chimiothérapie, en cures rapprochées et prolongées.

Dans les deux cas la survie a été supérieure à 2 ans.

### III.5.2. Récapitulatif des différents traitements. Leurs rapports avec la durée de survie.

#### Tableau III.5.2.

- on voit que dans le cas des cancers pulmonaires, la chimiothérapie n'a pas contribué à l'amélioration de la durée de survie.
- en revanche pour les autres cancers, digestifs, ORL, ovariens, hématologiques et surtout mammaires, la chimiothérapie en association avec la chirurgie et la radiothérapie semble avoir influé positivement sur la durée de survie.



IV. ETUDE DU SOUS GROUPE DES MALADES DECEDES ET "OUBLIES" DANS LE  
FICHIER GENERAL.

P L A N

IV.1 Rappel des données

IV.2. Etude générale du sous groupe des 16 malades cancéreux  
décédés et oubliés dans le fichier

IV.2.1. Les 4 malades régulièrement suivis

IV.2.2. Etude des 12 malades peu suivis

CONCLUSION DES CHAPITRES III ET IV

./...

#### IV.1. RAPPEL DES DONNEES

A l'occasion du recensement des cancéreux vivants traités au chapitre I, nous avons trouvé dans le fichier général des malades vivants 16 fiches de malades cancéreux, morts, dont les dossiers n'avaient pas été extraits et transférés par le médecin généraliste dans le fichier des malades décédés, comme il en a l'habitude.

Ces 16 patients décédés sont à ajouter aux 46 malades cancéreux étudiés au chapitre III.

Nous avons jugé intéressant d'étudier à part cet ensemble de 16 malades afin de voir si l'on pouvait faire ressortir certaines particularités propres à ce sous groupe qui expliqueraient leur "oubli" par le médecin.

#### IV.2. ETUDE GENERALE DU SOUS GROUPE DES 16 MALADES CANCEREUX

##### DECEDES ET OUBLIES DANS LE FICHIER.

Nous avons constaté en étudiant les fiches de ces malades, qu'il existait deux populations différentes au sein de ce sous groupe.

En effet, parmi ces 16 malades, 12 n'ont été suivis que très peu de temps par le médecin généraliste, alors que les quatre autres patients faisaient partie de sa clientèle régulière.

##### IV.2.1. Etude des 4 malades régulièrement suivis.

Dans l'impossibilité de faire une étude statistique sur un aussi petit nombre, nous avons préféré analyser leur histoire clinique brièvement résumée, expliquant "l'oubli du médecin généraliste" de sortir ces fiches au moment de la mort de ces malades.

En effet, il ressort de nombreuses enquêtes faites auprès des médecins généralistes (7) que chaque malade cancéreux est à l'origine

d'une importante prise en charge thérapeutique et morale par le médecin.

Le docteur R... n'échappe pas à cette règle et met fin pratiquement à cette prise en charge en retirant le dossier de ses malades décédés de son fichier général.

Nous nous sommes demandé si cette démarche n'avait pas aussi une connotation symbolique.

En effet, si de leur vivant ces patients ne représentèrent qu'une prise en charge modérée ou nulle, du fait de consultations et de contacts trop espacés, on peut penser qu'à leur mort, le médecin ne se sentant pas libéré d'une charge dont il ne se sentait pas investi, ne pense pas à la traduire symboliquement en sortant la fiche du malade.

On verra que cette hypothèse peut s'appliquer au cas des 12 malades peu suivis par le médecin.

Reste le cas des 4 autres patients bien connus du médecin.

La genèse même de leur histoire clinique va peut-être pouvoir fournir une explication.

- Premier cas.

Monsieur M... entre dans la clientèle du médecin en 1973, à l'âge de 73 ans. Il consulte régulièrement pour un diabète non insulino dépendant avec retentissement neurologique. Il était suivi jusqu'alors à l'hôpital uniquement, mais ayant de plus en plus de mal à se déplacer, il choisit de se faire suivre plus près de son domicile pour la pathologie générale.

En 1975, le médecin découvre une tumeur mammaire. Le bilan lésionnel fait état de métastases pulmonaires.

L'évolution est rapidement fatale en 2 ans malgré une cobaltothérapie.

./...



En fait, dès l'apparition du cancer du sein, le docteur R. fut totalement désaisi du dossier par les services hospitaliers.

Il n'y a même pas eu de lettre du cancérologue confirmant le diagnostic et précisant le traitement. Ces derniers ne seront connus que rétrospectivement.

Le véritable "médecin traitant" restait bien dans ce cas le médecin hospitalier.

Le docteur R... ne reverra le malade qu'à de rares occasions, au cours de surinfections bronchiques. L'une d'elles motivera alors l'hospitalisation dans un centre de pneumologie où le malade décèdera.

- Deuxième cas.

Monsieur S... est suivi régulièrement par le docteur R... de 1969 à 1972.

C'est un manipulateur de radiothérapie du service médical des armées.

Il prend sa retraite, et peu de temps après est atteint d'un lymphosarcome stade III.

Il attribue sa maladie à son ancien métier et se sent profondément blessé et psychologiquement "scandalisé".

Il se fait suivre à l'hôpital militaire où les cancérologues auxquels il se confie ne lui donnent aucun des réconforts qu'il disait leur réclamer.

L'évolution est foudroyante et il décède laissant au médecin généraliste selon ses dires, un profond malaise. Le médecin se souvient d'une relation très amicale avec ce malade qui lui confiait sa profonde révolte et le mettait devant l'image de sa propre mort de thérapeute. Interrogé, le médecin a dit supposer qu'il ne s'est pas considéré comme déchargé de la mort de son malade, et n'a pas voulu clore le dossier et admettre sa propre mort.

- Troisième cas.

Monsieur M... est suivi régulièrement de 1963 à 1968 en consultations et visites.

En 1966, alors qu'il a 77 ans, on lui découvre une tumeur prostatique. Une résection endoscopique est effectuée.

En 1968, il est hospitalisé pour un épisode de délire aigu sur fond de psychose chronique. Puis il se retire en province, d'où il envoie une fois de ses nouvelles.

Le médecin est avisé de son décès par la famille.

Dans ce cas, le médecin a été déchargé de son malade par le départ en province de celui-ci.

- Quatrième cas.

Madame C... consulte pour la première fois en 1963 pour une tumeur mammaire qu'elle a découverte elle même.

Le diagnostic de cancer est fait par le docteur R... immédiatement. La malade a alors 46 ans.

Elle reçoit une cobalthérapie et subit une castration radiologique. En 1975, soit 12 ans plus tard, des métastases osseuses apparaissent ainsi qu'une dyspnée.

Depuis le début, elle était entièrement et régulièrement suivie dans un centre de cancérologie, ne consultant le docteur R... que pour de rares maladies intercurrentes.

L'évolution se fait vers le décès en 3 ans, sans que le médecin soit tenu au courant.

Dans le deuxième cas, un facteur de refoulement est entré en jeu. Dans les trois autres cas, le médecin s'est trouvé déchargé de son malade plusieurs années avant sa mort, le cancer ayant été pris en charge par une autre équipe, hospitalière ou de province.

Mais ces quatre cas nous semblent témoigner d'un investissement important du généraliste vis à vis de ces malades cancéreux, notion que l'on retrouve mentionnée dans beaucoup de parutions.

En effet, de nombreux auteurs français ont souligné l'importance de la relation médecin-malade, particulièrement délicate, dans le cas des cancéreux, à tel point que des "Journées médicales sur les problèmes psychologiques en rapport avec le cancer" se tiennent depuis quelques temps, annuellement à Marseille.

Selon les enquêtes dans le sud-ouest faites en 1976,1982, dans le Languedoc Roussillon en 1980 et enfin celle de Réalité Conseil en 1983, (6,7,8,9), le cancer pose des problèmes complexes à 77 % des médecins généralistes interrogés.

La relation médecin-malade avec le cancer éveille une angoisse particulière :

- . toujours : 21 %
- . souvent : 35 %
- . parfois : 36 %
- . jamais : 8 %

Selon l'enquête Réalité Conseil (9) ,66 % des généralistes interrogés parlent d'une "peur largement justifiée", et 55 % ressentent "un don de soi plus important" que pour les autres maladies.

En effet, le malade cancéreux est porteur d'une demande d'aide très intense, et sa souffrance physique et psychique est souvent difficile à supporter par le médecin qui n'a habituellement reçu qu'une formation universitaire psychologique très sommaire, voire nulle.

Quant au médecin, il se sent souvent impuissant techniquement à guérir, voire même à soulager efficacement le cancéreux qui a "investi le médecin d'un rôle tout puissant de guérison et de protection contre l'angoisse de la mort".

Or, cette impuissance ressentie par beaucoup de médecins, même si elle est

relative, car il ne faut pas perdre de vue les cas de guérison, conduit le médecin à développer un certain nombre de défenses visant à se protéger lui même, et peut même induire chez lui la réactivation de sa propre angoisse de la mort. (10)

#### IV.2.2. Etude de l'ensemble des 12 malades peu suivis.

A l'étude des fiches, il résulte que ce groupe représente des malades fréquentant très peu le cabinet médical.

On a déduit que ces malades n'étaient pas non plus traités à domicile de par l'absence de correspondance avec des spécialistes ou des résultats d'examens de laboratoire dans les dossiers.

Ce fait est significatif, car les dossiers des cancéreux se caractérisent justement par leur volume important du fait de la nombreuse correspondance.

Ce groupe comporte 9 hommes et 3 femmes, et l'on retrouve la prépondérance masculine déjà notée dans le groupe des "morituri" normalement extrait du fichier général.

Comme dans ce premier sous-groupe, on note :

- la prépondérance des cancers pulmonaires
- la durée de survie supérieure des 2 femmes par rapport aux hommes
- la même durée de survie 1,8 ans.

Par contre, contrairement au groupe des "morituri" bien insérés :

- le délai moyen entre le premier signe et le diagnostic est plus long : 1,9 mois au lieu de 1,2 mois
- l'ancienneté moyenne des malades dans la clientèle, calculée depuis la date de la première consultation jusqu'à la date du diagnostic est très courte : 1,4 an, au lieu de 4 ans
- la fréquence annuelle des consultations après le diagnostic

0,6, est corrélée à une correspondance rare ou absente de la part du secteur spécialisé.

Le tableau IV.2.2. confirme cas par cas que par rapport au groupe des "morituri" étudié au chapitre III, ces malades récents dans la clientèle, se faisaient suivre irrégulièrement par le médecin généraliste, ce qui implique "l'oubli" de celui-ci d'extraire leur fiche de son fichier général.

L'interprétation de ce comportement particulier du médecin reste à faire. Notons cependant que par rapport aux malades bien insérés dans la clientèle, le délai moyen entre le premier signe d'appel et le diagnostic est légèrement accru et la fréquentation du cabinet après le diagnostic, plus faible.

Tous ces éléments qui sont de faible amplitude demanderaient une étude statistique plus significative.

Pour nous, c'est la convergence des éléments négatifs qui nous paraît intéressante à noter.

./...

Tableau IV.2.2.

LE SOUS GROUPE DES 12 CANCEREUX DECEDES SUIVIS IRRÉGULIÈREMENT  
COMPARAISON AVEC LE SOUS GROUPE DES "MORTUUS" BIEN INSERES DANS  
LA CLIENTÈLE

	<u>LES 12 MALADES MAL INSERES DANS LA CLIENTÈLE</u>	<u>"MORTUUS" bien insérés</u>
<u>SURVIE</u>	1,8 an	1,8 an
<u>Délai entre le premier signe et le diagnostic</u>	1,9 mois	1,2 mois
<u>Ancienneté dans la clientèle 1ère consultation au diagnostic</u>	1,4 an	4 ans
<u>Consultations par an après le diagnostic</u>	0,6	1
<u>Age de décès</u>	62 ans	59,6 ans

Tableau

LES 12 MALADES CANCEREUX PEU SUIVIS PAR LE MEDECIN

Type du cancer	Sexe	Catégories socio- profession nelles	Survie	Délai 1 <sup>er</sup> signe diagnostic	Ancienneté dans la clientèle	Consultations par an après le diagnostic
<u>PULMONAIRE</u>	M	ind	1 an	1 mois	1 an	0
	F	employée	4 ans	1 mois	0	1,5
	M	ind	1 an	5 mois	1 an	0
	M	ind	1 an	?	0	0
	M	ind	1 an	1 an	2 mois	4 ans
<u>PROSTATE</u>	M	artisan	1 an	?	1 an	0
<u>ESTOMAC</u>	M	ind	1 an	?	1 an	0
	M	ind	1 an	4 mois	1 an	0
	F	employée	5 ans	2 mois	0	1,4
<u>SEIN</u>	F	ind	1 an	2 mois	0	0
<u>O.R.L.</u>	M	ind	2 ans	?	1 an	2,5
<u>HEMATOLOGIQUE</u>	M	employé	1 an	1 mois	1 an	0
<u>MOYENNE</u>			1,8 ans	1,9 mois	1,4 ans	0,6

de survie du groupe des "morituri".

Par contre, l'association trithérapeutique chimiothérapie/radiothérapie/ chirurgie semble apporter un espoir nouveau dans le pronostic cancéreux.

Il faut toutefois souligner que ce n'est que l'allongement d'une durée de survie et non une guérison dont on parle ici, et que le véritable rôle de la chimiothérapie dans le pronostic cancéreux ne pourra être étudié qu'en comparant les traitements de l'ensemble des "morituri" et de celui des malades ayant survécu à leur cancer.

Toutefois, il est bon de souligner ici la possibilité de percevoir un rôle relativement efficace de la chimiothérapie qui semble cependant encore pour beaucoup de médecins (6) n'être qu'un pis aller dans une évolution fatale à coup sur.

D'autant plus que ce type de traitement très lourd à supporter physiquement et psychologiquement, car mutilant et dégradant, conserve dans l'imagerie populaire mais aussi dans l'esprit de très nombreux médecins, un rôle totalement négatif, inutile, un côté "antichambre de la mort" dont personne ne ressort vivant.

C'est du moins ce qui frappe lorsqu'on lit des rapports de la concertation nationale sur le cancer où il apparaît que les médecins généralistes et spécialistes sont aussi découragés que leurs malades devant cette maladie.

Néanmoins, il apparaît que la chimiothérapie pourrait dans certains cas être plus efficace si elle était employée à un stade moins avancé de la maladie.

Reste que dans l'ensemble, on peut se faire une idée assez juste de certains faits épidémiologiques, à partir de l'étude attentive sur un laps de temps suffisamment long, des cancéreux suivis dans la clientèle

./...

d'un seul praticien de médecine générale.

Basée sur la seule observation de faits accumulés dans une clientèle cette vision des choses se révèle empiriquement pertinente par rapport aux observations faites statistiquement sur une grande échelle.

Le concept "d'expérience du praticien" prend ici toute sa valeur.

./...



### Conclusions des chapitres III et IV

Il nous est maintenant possible de nous faire une idée de la représentation qu'on peut se faire en médecine générale en observant l'ensemble des malades qui décèdent de leur cancer.

Une première chose à dire est que du point de vue de leur nombre annuel présent dans la clientèle, les cancéreux morituri, c'est à dire "destiné à mourir", augmentent avec l'ancienneté d'installation du médecin.

On peut essayer d'expliquer ce phénomène par plusieurs hypothèses :

- la première serait qu'au fur et à mesure de l'ancienneté professionnelle du médecin, son expérience s'affine et qu'il diagnostique plus de cancers qu'au début de son installation.

En réalité, on ne voit pas comment une affection comme le cancer aurait pu passer inaperçue si on étudie une période de 14 ans entre 1958 et 1982.

S'agissant de malades décédés, donc dénombrés, seule une éventuelle modification dans le délai de pose du diagnostic aurait pu se produire par ce biais, non une modification dans le nombre de cas présents chaque année.

Mais, aucun changement dans le temps à diagnostiquer la maladie n'a été retrouvé à l'examen des cas.

- la deuxième hypothèse serait que le médecin conserve dans sa clientèle les cancéreux à survie prolongée venant grossir le "pool" des malades présents dans son cabinet.

Mais on a vu que les malades cancéreux "morituri" sont un groupe où ceux présentant des survies très prolongées sont peu nombreux

- une troisième hypothèse serait l'augmentation de fréquence de la maladie cancéreuse entre 1958 et 1982, ce qui semble être le cas à l'échelle nationale (chiffre INSERM).

La morbidité par cancer dans les hopitaux généraux publics était :

<u>sexe masculin</u>	<u>sexe féminin</u>
1970 : 5,8	1970 : 5,0
1975 : 5,7	1975 : 4,1
1977 : 6,6	1977 : 5,0

- une quatrième hypothèse serait que le noyau des malades qui constituent le "fond de la clientèle" vieillit avec le généraliste et atteint à partir de 1972 des classes d'âge à risque pour les différents types de cancer.

Les statistiques disponibles donnent des éléments qui jouent en faveur de cette hypothèse.

Selon l'INSERM, la morbidité par classe d'âge en 1978 était la suivante pour 100 malades :

- sexe masculin
  - 25/34 ans : 1,8 %
  - 35/44 ans : 3,7 %
  - 45/54 ans : 8,4 %
  - 55/64 ans : 11,8 %
  - 65/74 ans : 13,7 %
  - 75/84 ans : 11,5 %
  
- sexe féminin
  - 25/34 ans : 1,4 %
  - 35/44 ans : 4,4 %
  - 45/54 ans : 8,1 %
  - 55/64 ans : 10 %
  - 65/74 ans : 9,4 %
  - 75/84 ans : 7 %

Mais c'est l'étude du tableau des positions des malades décédés par rapport à l'âge moyen national des décès qui donne le plus de poids à l'hypothèse d'un noyau de patients vieillissant avec leur médecin et arrivant à l'âge de mourir dans la seconde moitié de sa carrière.

En même temps apparaît dans le groupe des morituri une différence selon le sexe.

En effet, on constate que sur 45 cancéreux hommes décédés, 20, c'est-à-dire 44,5% atteignent et dépassent leur âge statistique normal de décès, alors que sur 17 femmes décédées de cancer, 3 seulement sont dans le même cas.

Ainsi, non seulement les femmes ne représentent qu'un quart de l'effectif des malades décédés de cancer dans cette clientèle, mais encore elles sont atteintes plus tôt et décèdent plus jeunes de la maladie.

Ceci est significatif du groupe des morituri, car dans le fichier général de notre généraliste, 50,5% des fiches appartiennent à des malades du sexe masculin et 49,5% à des malades du sexe féminin.

On sait d'ailleurs par une enquête de morbidité INSERM effectuée en 1975, que la différence d'âge dans l'atteinte cancéreuse, selon le sexe, est un phénomène national, la morbidité maximale

par cancer pour les femmes se plaçant entre 55 et 64 ans, alors que pour les hommes elle est entre 65 et 74 ans.

Nous avons vu aussi que la durée de survie des morituri femmes est supérieure à celle des hommes et que la nature des cancers diffère en fréquence : cancer du sein et gynécologique chez la femme, digestif et pulmonaire chez les hommes. Le pronostic de ces cancers étant différent, on conçoit qu'il y a là un élément supplémentaire de différence entre les sexes dans le groupe des décédés.

Pour le reste, le groupe des malades morituri de notre généraliste apparaît comme homogène entre 1958 et 1982.

- le délai écoulé entre le premier signe d'appel et le diagnostique est court dépassant de peu un mois.

- la survie des malades a été peu modifiée, elle n'est pas corrélée à l'ancienneté dans la clientèle ni à la fréquence des consultations antérieures.

- la demande de soins spécialisés et d'examen complémentaires désirés par le généraliste, reste au niveau de la demande moyenne par malade décédé toute cause confondue.

Du point de vue des traitements la notion essentielle telle qu'on peut la percevoir dans un cabinet de médecine générale est l'introduction récente de la chimiothérapie dans les protocoles thérapeutiques cancéreux. Cette introduction ne s'est fait que très progressivement au fil des années et, observée d'un cabinet de médecine générale en 1982, la chimiothérapie semble encore réservée aux formes récidivantes, métastasées ou inopérables.

V. ETUDE DU GROUPE DES CANCEREUX

::::::::::::::::::::::::::::::::::::

ENCORE EN VIE EN JUIN 1982

::::::::::::::::::::::::::::::::::::

V. ETUDE DU SOUS GROUPE DES MALADES CANCEREUX ENCORE EN VIE

EN JUIN 1982

PLAN

V.1. RAPPEL DE LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL

V.2. PREMIERE APPROCHE

Tableau V.2.

- V.2.1. Etude selon le sexe des malades
- V.2.2. Etude des différents types de cancer
- V.2.3. Etude des différentes catégories socio-professionnelles dans ce sous-groupe

V.3. ETUDE DU SOUS GROUPE DES CANCEREUX VIVANTS SELON LES DIFFERENTS

PARAMETRES

Tableau V.3.

- V.3.1. En fonction de la durée de survie des malades
- V.3.2. En fonction du délai entre le premier signe et le diagnostic
- V.3.4. En fonction de la fréquentation moyenne du cabinet médical
- V.3.5. En fonction de l'âge du diagnostic

V.4. ETUDE DU RECOURS AUX CONSULTATIONS SPECIALISEES ET AUX

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- V.4.1. Moyenne globale
- V.4.2. Pour chaque type de cancer
- V.4.3. Progression dans la demande de soin

V.5. ETUDE DES TRAITEMENTS DES MALADES CANCEREUX ENCORE EN VIE

V.5.1. Traitement des cancers dans notre population de malades encore en vie

V.5.2. Survie et traitement

### V.1. RAPPEL DE LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL

L'étude de ce sous-groupe a pu être faite à partir du fichier général de la clientèle d'un médecin généraliste.

Parmi les 8.000 fiches environ que nous avons recensées, nous avons trouvé 22 fiches de malades atteints de cancer et encore en vie.

Comme pour l'étude du sous-groupe des cancéreux décédés, nous avons traité ces fiches d'après le même bordereau type de saisie des données de Madame le docteur Teboul.

Nous avons ainsi pu, à partir des informations données par chaque bordereau, établir des tableaux de synthèse que nous avons ensuite exploités.

Il faut souligner toutefois que ce chapitre regroupe des malades aux durées de survie très diverses. Il inclut en effet à côté de cancéreux en voie de guérison, voire "guéris", des malades atteints de cancer depuis peu d'années et dont certains appartiennent en fait au sous-groupe des "morituri", précédemment étudiés. Il faudra en tenir compte pour l'interprétation des données chiffrées.

### V.2. PREMIERE APPROCHE

#### Tableau V.2.

##### V.2.1. Selon le sexe des malades

Dès le premier abord, il faut noter la prépondérance des femmes dans ce sous-groupe : elles sont 2 fois plus nombreuses que les hommes :

- 15 femmes
- 7 hommes

TABLEAU V.2

FREQUENCE DES CANCERS PARMIS LES DIFFERENTES CATEGORIES SOCIO-  
PROFESSIONNELLES

TYPE DE CANCER	SEXE	AGE AU diagnostic	CATEGORIES SOCIO - PROFESSIONNELLES						
			Art.	C.M.	C.S.	Ouv.	Emp.	SP	Ind
<u>PULMONAIRE</u>	M	60 ans	:	:	:	+	:	:	:
<u>ESTOMAC</u>	M	46 ans	:	:	:	:	+	:	:
	M	51 ans	:	+	:	:	:	:	:
<u>OESOPHAGE</u>	M	51 ans	:	:	+	:	:	:	:
<u>RECTUM</u>	F	40 ans	:	:	:	:	+	:	:
<u>SEIN</u>	F	64 ans	+	:	:	:	:	:	:
	F	47 ans	+	:	:	:	:	:	:
	F	41 ans	:	:	:	:	:	:	+
	F	62 ans	:	:	:	:	:	+	:
	F	72 ans	:	:	:	:	:	+	:
	F	56 ans	:	:	+	:	:	:	:
	F	58 ans	:	:	:	:	:	+	:
	F	54 ans	:	:	:	+	:	:	:
	F	45 ans	:	:	:	:	+	:	:
<u>HEMATOLOGIQUE</u>	F	70 ans	:	:	:	:	:	+	:
<u>LARYNX</u>	M	57 ans	:	:	:	+	:	:	:
<u>CORDE VOCALE</u>	M	51 ans	+	:	:	:	:	:	:
<u>UTERUS</u>	F	42 ans	:	:	:	:	:	:	+
<u>PROSTATE</u>	M	52 ans	:	+	:	:	:	:	:
<u>CUTANE</u>	F	78 ans	:	:	:	:	:	+	:
	F	44 ans	:	:	:	:	+	:	:
	F	79 ans	:	:	:	:	:	+	:

Tableau V.2.2.

## CLASSIFICATION DES CANCERS PAR TYPE

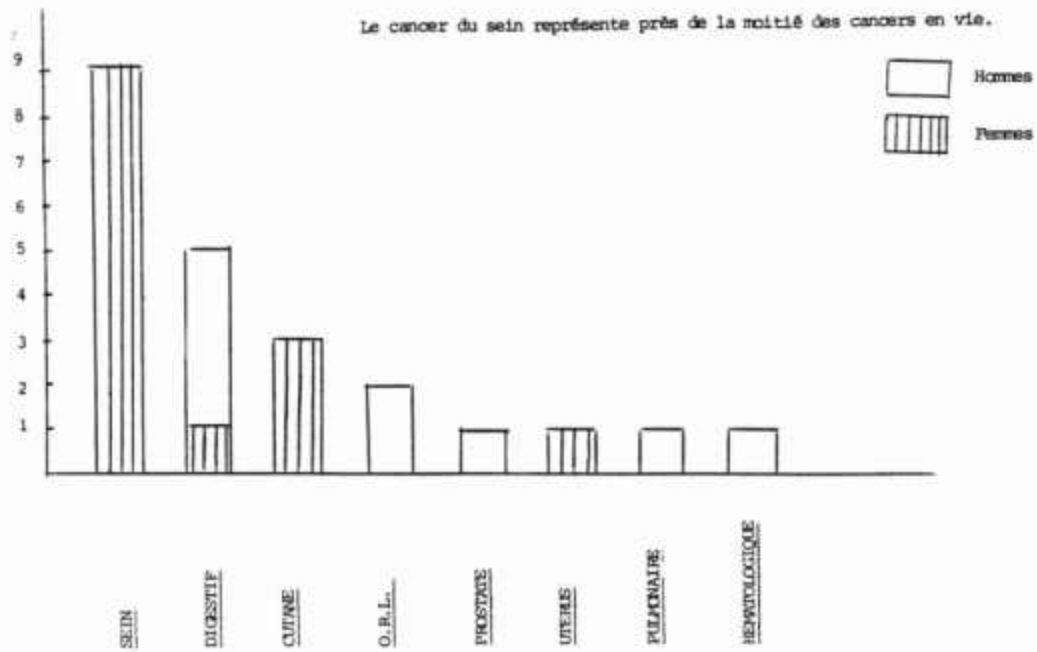
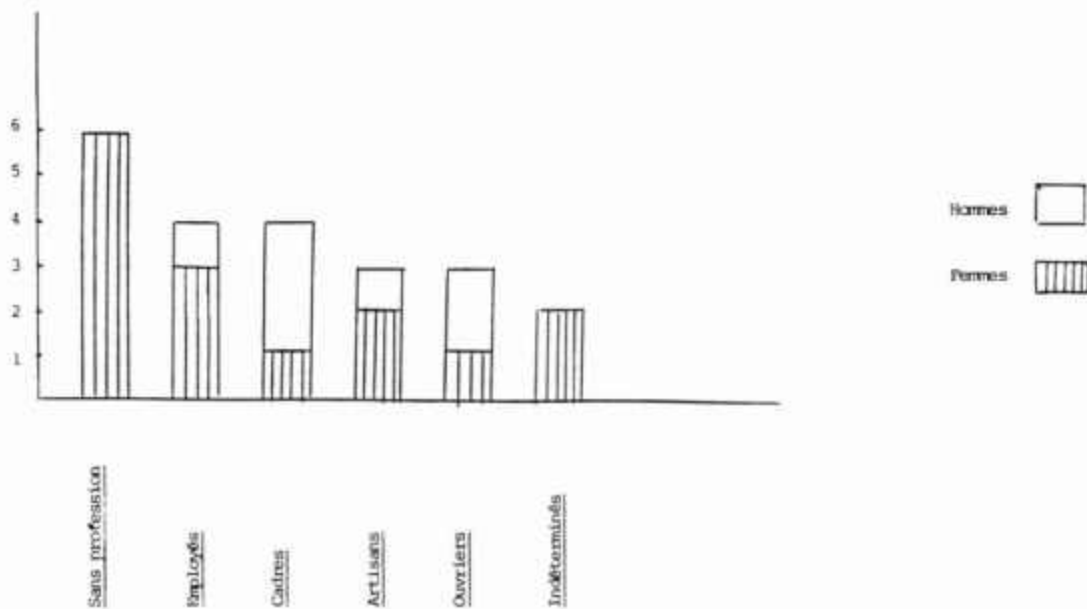


Tableau V.2.3.

## LES CATEGORIES SOCIO - PROFESSIONNELLES

Les cadres sont aussi nombreux que les employés.





V.2.2. Selon les différents types de cancer de ce sous-groupe des malades encore en vie

D'après le tableau V.2. et l'idéogramme V.2.2., on voit que les cancers du sein sont beaucoup plus nombreux que les autres cancers ce qui peut expliquer, du moins en partie, la prépondérance des femmes dans le sous-groupe, d'autant plus nombreuses que le cancer du sein, nous le verrons, est un des cancers où les durées de survie importantes sont les plus fréquentes.

Après le cancer du sein, viennent par ordre de fréquence les cancers digestifs et cutanés.

En ce qui concerne les cancers digestifs dont on connaît le pronostic péjoratif, il faut tenir compte de la durée de survie courte de ces malades au moment de la réalisation du tableau. Pour certains, il s'agit en fait de "morituri".

Les mélanomes malins cutanés répondent favorablement à la chirurgie et c'est un des types de cancer que l'on ne retrouvera pas dans le groupe des malades décédés.

A ce stade de notre étude concernant le sous-groupe des cancéreux encore en vie, il nous faut ouvrir une parenthèse :

en effet, dans notre chapitre III, concernant l'étude du sous-groupe des cancéreux dans notre clientèle, et décédés entre 1958 et 1982, nous avons pu citer comme référence les chiffres de statistique nationale de mortalité par cancer publiés chaque année par l'INSERM.

Or, il n'existe pas, à ce jour, de statistiques nationales de morbidité par cancer.

Différentes enquêtes épidémiologiques ont été effectuées à partir de 1970 dans certains départements français, mais elles concernaient une localisation tumorale précise : à Rennes, à partir de 1971, existe un registre des cancers de l'oesophage.

Peu à peu d'autres départements ont commencé à créer des registres, mais il s'agit toujours d'études limitées dans le temps, ne permettant pas l'étude d'une éventuelle évolution des taux d'incidence,

./...

et dans l'espace, ne permettant pas d'avoir un échantillonnage de population suffisant.

Il faut noter que, jusqu'en 1979, la revue "Cancer Incidence in five Continents" publiée par le CIRC ne contenait aucun résultat français.

A l'heure actuelle, nous avons recensé plusieurs registres :

- depuis 1971 : registre des cancers de l'oesophage Rennes
- 1976 : Dijon cancers digestifs de la Cote d'Or
- 1977 : Strasbourg registre des cancers du Bas Rhin
- 1976 : Besançon registre des cancers du Doubs
- 1980 : Strasbourg registre des cancers du Haut Rhin

Nous citerons parallèlement à notre travail quelques chiffres tirés de ces différents registres comme base de référentiel.

C'est ainsi qu'en 1975 dans le département du Bas Rhin, la fréquence des localisations cancéreuses est la suivante :

<u>chez l'homme</u>		<u>chez la femme</u>
13 %	Peau	13 %
20 %	ORL	2 %
17 %	Broncho-pulmonaire	2,5%
0	Sein	27 %
21 %	Digestif	16,5 %
9 %	Urologique	5 %
7,5%	Prostate/ Utérus	16 %
1 %	Testicules / Ovaires	5,5 %
11,5%	Autres	12,5%

Chez l'homme, cancers digestifs et ORL prédominent.

Chez la femme, le cancer du sein arrive largement en tête, ensuite vient à égalité le cancer de l'utérus et le cancer digestif.

Dans les deux sexes, la proportion des cancers de la peau arrive en quatrième position.

Ce qui nous paraît intéressant surtout, est de constater le même ordre de fréquence à l'examen des statistiques départementales et à celui du groupe des cancers régulièrement traités dans une clientèle de médecine générale.

Nous en tirerons deux conclusions :

- la première, est que les fréquences annoncées par des statistiques nationales peuvent servir au choix des pathologies devant faire l'objet d'enseignement plus attentif en médecine générale.

- la deuxième, est que la pratique généraliste donne un aperçu fiable de la réalité médicale propre à son champ d'actions à condition de respecter une durée d'observation suffisante.

Cette notion de durée devra entrer en ligne de compte dans l'usage pédagogique des stages chez le généraliste et dans celui des thèses de médecine générale.

### V.2.3. Selon les catégories socio-professionnelles

#### Tableau V.2.3.

La catégorie sans profession regroupe le plus grand nombre de malades, ce qui s'explique par le pourcentage élevé des femmes de ce groupe et de sa tranche d'âge. Il s'agit de générations où le salariat féminin n'avait pas encore son extension actuelle.

On notera aussi que l'ensemble "cadres moyens et cadres supérieurs" arrive en second par ordre de fréquence, avec un chiffre de malades identiques à celui de la catégorie "employé".

Nous verrons ce que l'on peut dire à propos de la comparaison des catégories socio-professionnelles du groupe des "morituri" et du groupe des vivants.

## LISTE EXHAUSTIVE DES CANCERS VIVANTS EN 1982

TYPE DE CANCER	SURVIE	DELAI ENTRE ler signe et diagnostic	ANCIENNETE x	CONSULTATIONS		CONSULT./AN	
				av.DG.	ap.DG.	av.DG.	ap. DG.
<u>PULMONAIRE</u>	9 ans	?	0	0	2	0	2
<u>O.R.L.</u>	4 ans	1 Mois	1 mois	2	30	2	7,5
	23 ans	?	0	0	40	0	1,6
<u>SEIN</u>	14 ans	?	1 an	24	11	24	0,7
	13 ans	?	0	0	12	0	0,9
	13 ans	1 mois	1 an	2	11	2	0,8
	15 ans	1 mois	7 ans	9	31	1,2	2
	17 ans	1 mois	1 mois	2	13	2	0,7
	19 ans	1 mois	1 an	3	133	3	7
	7 ans	1 mois	13 ans	77	62	5,9	8,8
	5 ans	1 mois	5 ans	4	8	0,9	1,6
	3 ans	1 mois	1 mois	2	8	2	2,2
	<u>OESOFAGE</u>	3 ans	1 mois	5 Ans	15	9	3
<u>ESTOMAC</u>	3 ans	2 mois	2 mois	2	21	2	7
	2 ans	5 mois	5 mois	2	9	2	3,5
<u>RECTUM</u>	15 ans	1 mois	1 mois	3	19	3	1,2
<u>PROSTATE</u>	2 ans	2 mois	5 ans	4	6	0,9	3
<u>UTERUS</u>	15 ans	1 mois	1 mois	2	3	2	0,2
<u>CUTANE</u>	3 ans	2 mois	0	0	7	0	2,2
	3 ans	?	19 ans	84	18	4,4	6
	7 ans	?	7 ans	8	6	1,1	0,9
<u>HEMATOLOGIQUE</u>	3 ans	1 mois	9 ans	35	11	3,8	3,2

x=dans la clientèle au moment du diagnostic

Age des malades en  
Juin 82

--- femmes  
— hommes

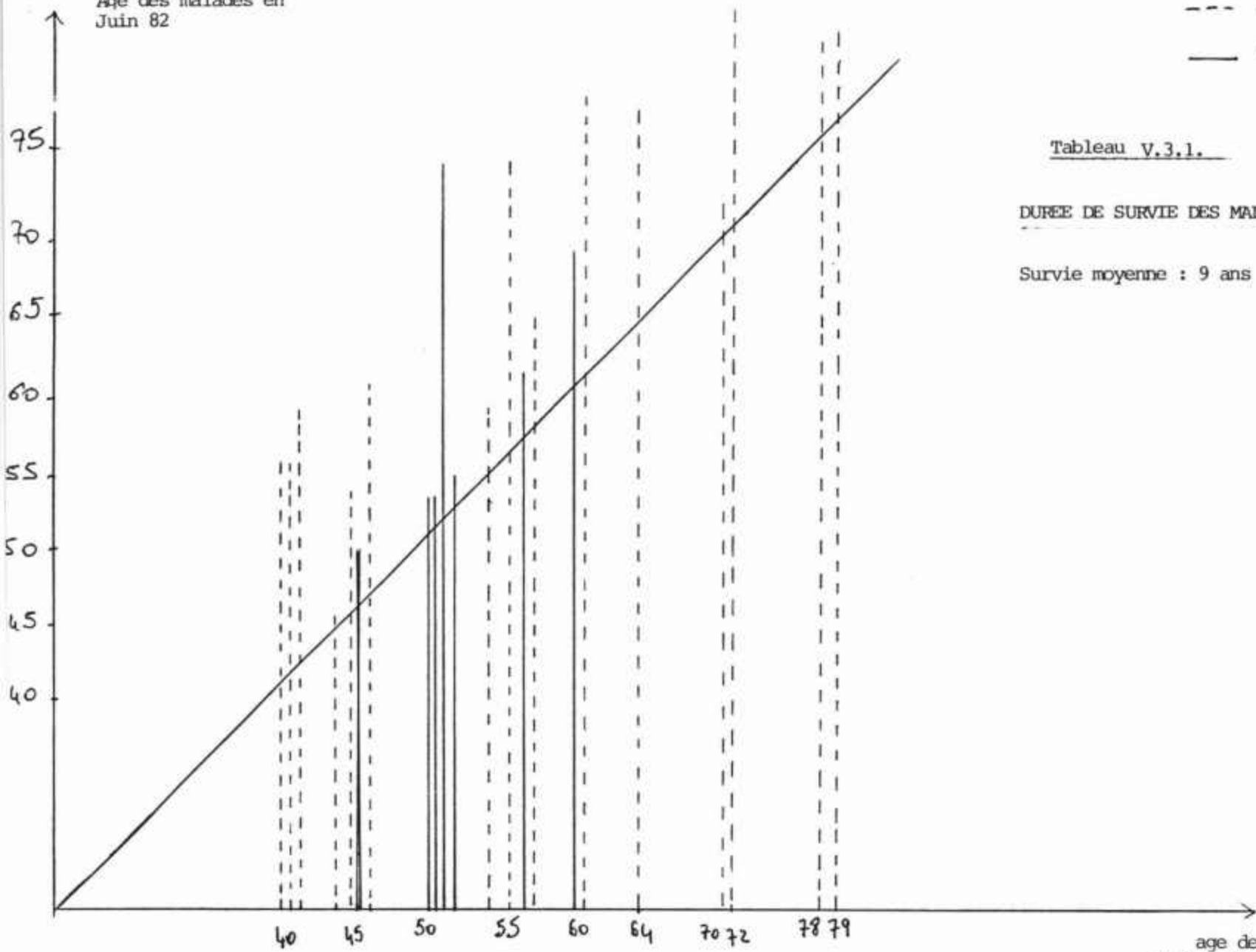


Tableau V.3.1.

DUREE DE SURVIE DES MALADES

Survie moyenne : 9 ans

age des malades au  
moment du diagnostic

V.3. ETUDE DU SOUS GROUPE DES CANCEREUX VIVANTS SELON  
DIFFERENTS PARAMETRES

Le tableau V.3. regroupe des différents cancers de ces malades, avec, en regard pour chacun d'eux :

- la durée de survie
- le délai entre le premier signe évocateur et le diagnostic
- l'ancienneté du malade dans la clientèle à la date du diagnostic
- la fréquence des consultations au cabinet avant et après le diagnostic.

V.3.1. En fonction de la durée de survie des malades

. La survie moyenne, tous sexes et types de cancers confondus, est de 9 ans, relativement prolongée par conséquent.

. la survie moyenne des femmes est de 10,1 ans

. La survie moyenne des hommes est de 6,5 ans

Le graphique V.3.1. visualise cette survie qui est pour tous les malades d'au moins 2 ans.

La bissectrice recoupe la ligne de vie de chaque malade à la date du diagnostic.

La partie dépassant de cette bissectrice donne une représentation des diverses durées de survie en cours.

On constate que les femmes ont les survies les plus prolongées (en pointillé).

Si l'on calcule les durées moyennes de survie par type de cancer dans ce groupe de malades vivants :

. ORL	: 13,5 ans
. Utérus	: 15 ans
. Sein	: 11,7 ans
. Pulmonaire	: 9 ans
. Digestif	: 5,7 ans
. Cutané	: 4,3 ans
. Hématologique	: 3 ans
. Prostate	: 2 ans

Parmi les cancers ORL on trouve un cancer du larynx dont la survie est très prolongée : 23 ans, et qui a présenté deux récurrences après 18 et 20 ans d'évolution.

Le cancer de l'utérus était une forme bien localisée du col de l'utérus sans métastase.

Le cancer du sein a la survie longue déjà signalée. Tous les autres cancers ont des survies nettement plus courtes.

Comparons ces résultats à des éléments régionaux plus vastes :

Dans le Calvados, en 1976, les cancers du sein ont une espérance de survie prolongée, au delà de 5 ans pour 2 cancers sur 3.

Les cancers de l'oesophage et du poulmon ont 100 % de mortalité à un an.

Les cancers ORL ont une espérance de vie à un an d'évolution de 53 %

En 1978, toujours dans le Calvados,

- les cancers de l'estomac survivent après un an d'évolution pour 54,5 % d'entre eux.

- les cancers colorectaux survivent à un an pour 76,5 % d'entre eux.

Comparativement, les survies, dans la clientèle observée, sont tout à fait honorables.

V.3.2. En fonction du délai entre le premier signe  
et le diagnostic

Le délai moyen entre l'apparition et la reconnaissance du premier signe évocateur et le moment du diagnostic est de 1,2 mois dans notre sous-groupe de malades vivants.

On note cependant un délai de 5 mois qui n'a pas été pris en compte pour le calcul du délai moyen pour deux raisons :

- la première est qu'il tranche trop fortement par rapport aux autres chiffres et aurait pu fausser les calculs.

- la deuxième, la plus importante, est que le diagnostic n'a pas été effectué par le médecin dont nous étudions les cancéreux, mais par un confrère d'une ville voisine :

en effet, Monsieur G... 48 ans, consulte depuis de nombreuses années un médecin confrère. Il présente un terrain nerveux fragile, il est anxieux et très "à l'écoute" de son organisme.

Au début de 1981, il vient voir plusieurs fois son médecin pour des douleurs épigastriques isolées, puis associées à une perte d'appétit, un amaigrissement, et réclame avec insistance des radiographies de l'estomac. Son médecin, jugeant que le terrain psychique du patient, très nerveux, devait avoir une part de responsabilité importante dans ses symptômes, ne cède pas immédiatement à la demande de son malade.

Et ce n'est que 5 mois plus tard, qu'une radiographie montrera une image néoplasique de l'estomac.

Le malade est opéré, et une chimiothérapie est instituée. Il est alors très dépressif et a une importante demande de soutien psychologique. N'ayant plus confiance en son médecin habituel, il se tourne alors vers le docteur R...

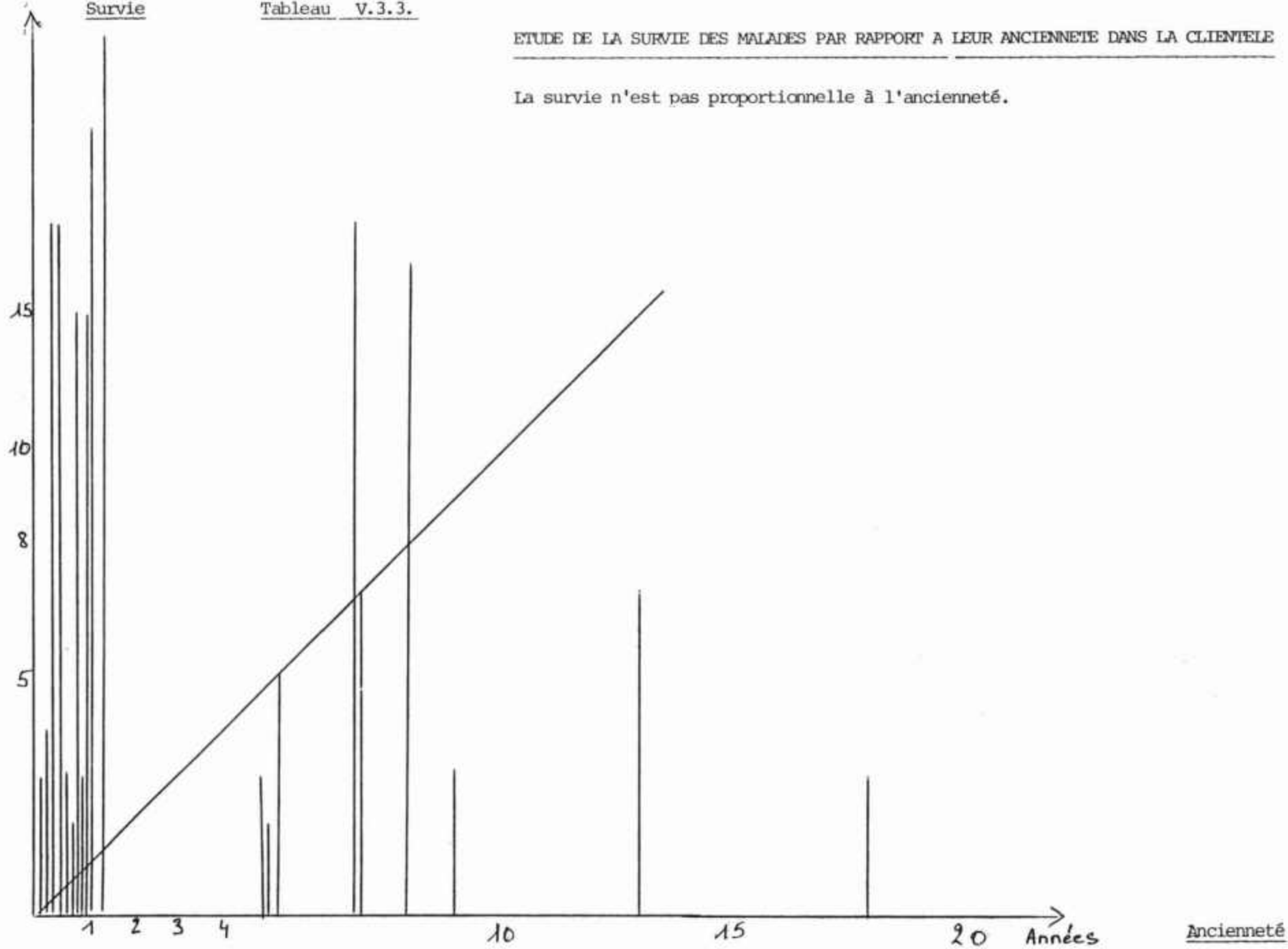
Cependant, ce délai de 5 mois, à replacer dans son contexte, est encore dans une fourchette moyenne, puisqu'en 1978, dans le Calvados, les délais moyens entre le premier signe et le diagnostic, étaient,

./...



ETUDE DE LA SURVIE DES MALADES PAR RAPPORT A LEUR ANCIENNETE DANS LA CLIENTELE

La survie n'est pas proportionnelle à l'ancienneté.



- pour l'estomac : 5 mois 1/4
- pour l'oesophage : 4,5 mois
- pour le colon-rectum: 8,3 mois

#### V.3.3. En fonction de l'ancienneté des malades dans la clientèle

L'ancienneté moyenne est de 3,8 ans.

Le tableau V.3.3. étudie les rapports entre la survie des malades et leur ancienneté dans la clientèle.

On voit, comme pour les malades décédés de cancer, que la survie n'est pas corrélée à cette ancienneté, sauf à constater que la moitié des malades ont une ancienneté inférieure à un an.

#### V.3.4. En fonction de la fréquentation moyenne du cabinet médical

On constate tout d'abord que la fréquentation moyenne du cabinet médical ne varie pas avant et après le diagnostic : environ 3 consultations par an après le diagnostic, et 2 consultations avant le diagnostic.

Nous verrons dans le prochain chapitre s'il existe une différence de fréquentation du cabinet quantitativement et qualitativement selon que l'on étudie le sous-groupe des malades décédés ou le sous-groupe des malades encore en vie.

#### V.3.5. En fonction de l'âge du diagnostic

L'âge moyen du diagnostic est :

- hommes : 52,5 ans
- femmes : 56,8 ans

Pulmonaire  
Digestif  
Sein  
Hématologique  
O. R. L.  
Utérus  
Prostate  
Cutané

Tableau V.3.5.

MOYENNE D'AGE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC POUR CHAQUE TYPE DE CANCER

Le cancer digestif frappe le plus tôt.

60

49,3

40

52

70

54

42

52

67

| hommes

| femmes

encore en vie en 1982

Le tableau V.3.5. nous montre les différents types de cancer avec l'âge moyen pour les hommes et les femmes au moment du diagnostic.

On voit que pour les hommes les différents âges sont très proches et se situent entre 50 et 55 ans, sauf les cancers digestifs qui frappent un peu plus tard : 60 ans.

Pour les femmes, le cancer de l'utérus et le cancer du rectum semblent frapper en premier. Vers 50 ans apparaît le cancer du sein, et enfin, beaucoup plus tard, après 65 ans, les cancers cutanés.

Les chiffres du registre du Haut Rhin montrent en 1980 :

- cancer du sein : tranche d'âge moyenne 55/75 ans  
avec un âge moyen de 61,7 ans
- cancer pulmonaire : chez l'homme, tranche d'âge moyenne  
65/70 ans, moyenne d'âge 63,7 ans  
chez la femme, tranche d'âge moyenne  
50/55 ans, âge moyen 67,2 ans
- cancer digestif : chez l'homme, tranche d'âge 70/75 ans  
moyenne d'âge 64,9 ans  
chez la femme, tranche d'âge 70/75 ans  
moyenne d'âge 71 ans.

Dans l'ensemble le cancer semble diagnostiqué dans des tranches d'âge plus jeunes chez ce généraliste que celles qui résultent d'une statistique départementale comme celle du Haut Rhin.

Interrogé, le docteur R... suggère que les statistiques incluent une population asilaire âgée numériquement importante où donc un grand nombre de cancers tardifs font leur apparition, ce qui relève la moyenne la moyenne d'âge des cancers diagnostiqués au plan départemental.

ICI, ON REMARQUERA QUE DU POINT DE VUE DE L'ENSEIGNEMENT DU FUTUR GENERALISTE, CE SONT DES NOTIONS RECUEILLIES DANS LA PRATIQUE GENERALISTE QUI DEVRONT ETRE PRISES EN COMPTE POUR LE DEPISTAGE PRECOCE DU CANCER. CELUI CI SE SITUE, EN MEDECINE GENERALE, DANS DES TRANCHES D'AGE PLUS JEUNES QU'ON NE POURRAIT LE CROIRE A L'OBSERVATION DE STATISTIQUES GENERALES.

./...

#### V.4. ETUDE DU RECOURS AUX CONSULTATIONS SPECIALISEES ET AUX

##### EXAMENS COMPLEMENTAIRES

V.4.1. Dans un premier temps, comme pour l'étude de l'ensemble des "morituri", nous avons établi un tableau de synthèse comportant pour chaque cancer le nombre de consultations spécialisées et d'examens complémentaires, avec une moyenne pour chaque type de cancer et une moyenne globale.

- avant le diagnostic 1,3 consultations spécialisées  
par malade  
2,3 examens complémentaires par malade
- après le diagnostic 9 consultations spécialisées par malade  
3,4 examens complémentaires par malade

Le chiffre des consultations spécialisées augmente beaucoup après la découverte de la maladie, ce qui semble normal.

Les examens complémentaires augmentent dans une moindre proportion.

V.4.2. Nous avons ensuite calculé pour chaque type de cancer la moyenne annuelle des demandes de soins, regroupant les consultations spécialisées et les examens complémentaires.

On voit, en reprenant le tableau V.4.2 que ce sont les cancers prostatiques et digestifs qui induisent la plus grande demande de soins par an.

On remarque aussi que ce ne sont pas les cancers aux survies les plus prolongées, sein ou utérus par exemple, qui entraînent une forte demande de soins.

TABLEAU V.4.1.

## EXAMENS COMPLEMENTAIRES

prescrits dans la clientèle observée par type de cancer chez les malades encore en vie en 1982

TYPE DE CANCER	SURVIE	EXAMENS COMPLEMENTAIRES (nombre total)			
		avant le diagnostic		après le diagnostic	
		C.S.	B.S.+Rx	C.S.	B.S.+Rx
<u>SEIN</u>	3 ans	0	0	6	1
	5 ans	0	2	20	0
	7 ans	6	1	31	8
	13 ans	0	0	7	6
	13 ans	0	2	6	3
	14 ans	6	3	6	3
	15 ans	1	1	12	3
	17 ans	0	0	15	3
	19 ans	0	0	26	10
<u>CUTANE</u>	3 ans	9	23	2	11
	3 ans	4	8	5	0
	7 ans	0	1	3	2
<u>PULMONAIRE</u>	9 ans	0	0	1	1
<u>UTERUS</u>	15 ans	0	0	4	1
<u>O.R.L.</u>	23 ans	0	0	8	2
	4 ans	0	0	6	3
<u>GASTRIQUE</u>	3 ans	0	0	14	4
	2 ans	0	0	9	4
<u>GESOPHAGE</u>	3 ans	3	9	3	3
<u>PROSTATE</u>	2 ans	0	0	5	0
<u>HEMATOLOGIQUE</u>	3 ans	0	0	2	0
<u>RECTUM</u>	15 ans	1	1	5	8

TABLEAU V.4.2.

MALADES ENCORE EN VIE EN 1982

## CONSULTATIONS SPECIALISEES ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES ANNUELS PAR TYPE DE CANCER

. la durée de survie n'influe pas sur la fréquence des demandes de soins

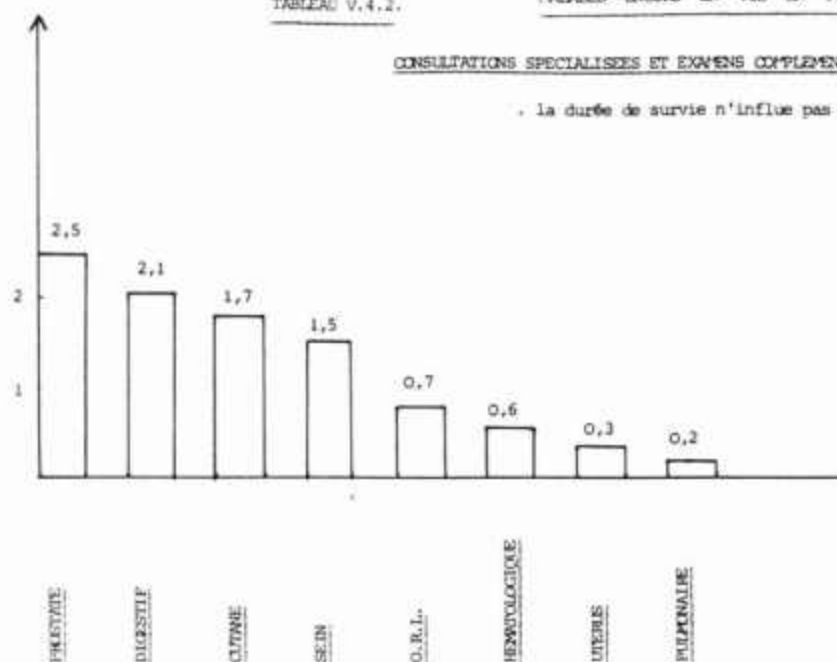
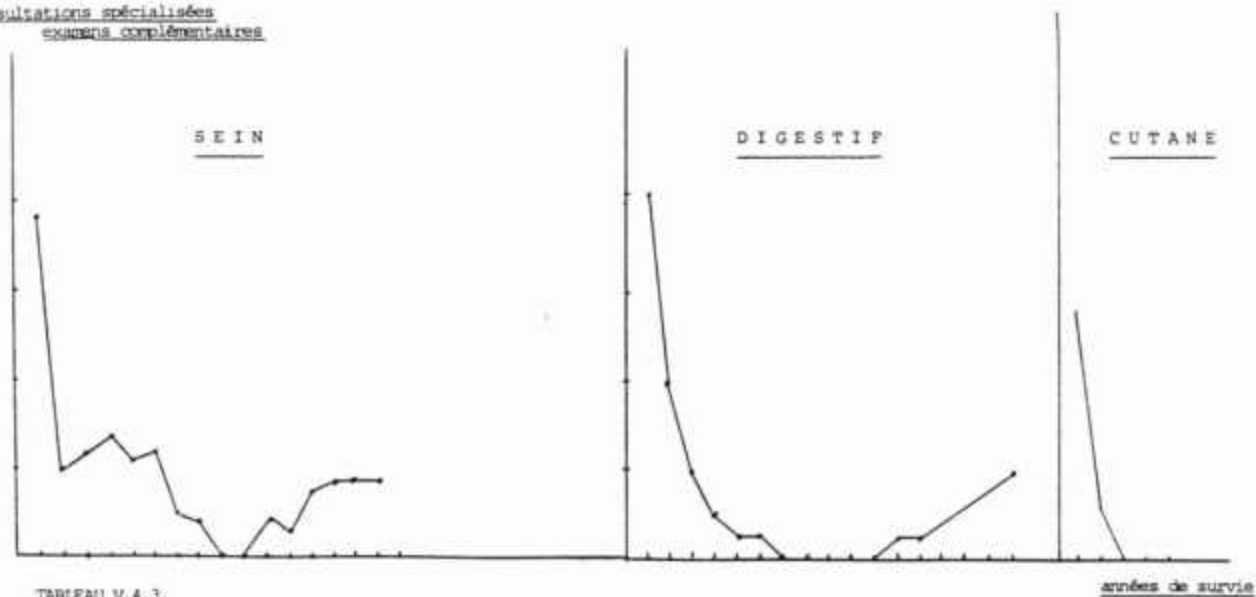
consultations spécialisées  
examens complémentaires

TABLEAU V.4.3.

DEMANDE DE SOINS GLOBALE PAR ANNEE DE SUIVIE CHEZ LES MALADES ENCORE EN VIE EN 1982

- . décélération la deuxième année
- . remontée secondaire vers la dixième année

#### V.4.3. Progression dans la demande de soins

Comme dans le groupe des "morituri", nous avons calculé pour trois types de cancers, le nombre d'examens demandés la première année de survie, la deuxième, etc...

Nous avons pris comme exemple le cancer du sein pour sa survie prolongée, et les cancers digestifs et cutanés pour leur survie plus brève.

On constate sur le graphique V.4.3. :

- la brusque diminution du nombre des examens à partir de la deuxième année de survie
- et pour les survies plus longues, une décroissance progressive avec un minimum vers la dixième année, puis,
- une remontée vers la douzième année de survie.

On peut déduire de ces courbes plusieurs idées :

- la première année de découverte de la maladie se solde par un grand nombre d'examens secondaires et de consultations spécialisées, en vue de l'établissement du diagnostic, du bilan de l'extension et des décisions thérapeutiques.

- puis après une phase de latence où le cancéreux est considéré comme guéri et ne fait plus l'objet d'aucune surveillance particulière en médecine générale, il existe ensuite une reprise des examens pouvant correspondre, soit à une récurrence, soit à un bilan en vue de la confirmation de la guérison.

On peut aussi formuler une hypothèse devant ces résultats :

dans les premières années du traitement en centre anticancéreux, les malades sont régulièrement convoqués par le centre. Le médecin généraliste n'est pas celui qui surveille le cancer guéri".

Ce rôle réapparaît dans une troisième phase, lorsque le centre anticancéreux relâche sa surveillance. Ici se place un moment dangereux où risque de se produire une "dilution" des responsabilités dans le "quet des récurrences". Seul, un véritable "esprit d'équipe" entre généraliste et cancérologues, avec une précise répartition des tâches



clairement exprimée pourrait, si les mentalités changent, apporter un progrès qui serait décisif dans la prise en compte précoce et dans les chances de guérison des récidives de la maladie..

Nous verrons au prochain chapitre dans quelle mesure les trois courbes étudiées ici peuvent se superposer à celles du même type étudié dans le groupe des "morituri".

#### V.5. ETUDE DES TRAITEMENTS DES MALADES CANCEREUX ENCORE EN VIE

tels qu'ils sont perçus à partir d'une clientèle de médecine générale en 1982.

Nous avons regroupé les cancers étudiés par type avec leur traitement en regard, tableau V.5.1., afin de voir s'il était possible d'extraire du tableau ainsi obtenu un schéma thérapeutique en fonction des trois grands types de traitements:

- chirurgie
- radiothérapie
- chimiothérapie

Dans un deuxième temps, nous avons classé les différents types de traitement en fonction de la durée de survie des malades cancéreux, tableau V.5.2.

##### V.5.1. Traitement des cancers dans notre population de malades encore en vie

- pour le cancer du sein, la chimiothérapie n'est instaurée que depuis 5 ans pour les malades étudiés
  - elle ne l'est souvent que lors d'une récidive. 3 malades sur 9, soit un tiers, ont reçu une chimiothérapie, et pour deux d'entre eux, sur récidive.
  - les cancers cutanés connaissent un seul traitement : la chirurgie.

<u>CANCERS CUTANES</u>		<u>CANCER DU SEIN</u>	
<u>SURVIE</u>	<u>TRAITEMENTS</u>	<u>SURVIE</u>	<u>TRAITEMENTS</u>
3 ans	chirurgie	3 ans	chirurgie
3 ans	chirurgie	5 ans	radiothérapie locale adriamycine ( ..... 3 cures vincristine ) méthotrexate
7 ans	chirurgie		oncovin ( ..... 2 cures 5 FU ) endoxan ) nolvadex 2 comprimés
<u>CANCERS HEMATOLOGIQUES</u>			
3 ans hématosarcome	endoxan vincristine chloraminophène	7 ans	chirurgie radiothérapie locale castration
<u>CANCERS DE L'UTERUS (col)</u>			<u>sur récidiye</u> adriamycine ( ..... 2 cures oncovin ) méthotrexate
15 ans	cobalt ( local radium )		primobolan 1 mois radiothérapie osseuse prodason parlodol
<u>CANCERS DIGESTIFS</u>		13 ans	chirurgie
3 ans	chirurgie cobalt curiethérapie	13 ans	chirurgie curiethérapie
3 ans	cobalt	14 ans	chirurgie radiothérapie castration
3 ans	chirurgie adriamycine ( ..... 8 cures velbé ) endoxan ( ..... 5 FU ) cis-platinium )	15 ans	chirurgie <u>sur récidiye</u> nolvadex radiothérapie osseuse
	adriamycine ( ..... 1 cure velbé ) endoxan ) 5 FU (	17 ans	chirurgie radiothérapie castration
15 ans rectum	chirurgie	19 ans	chirurgie
<u>CANCERS O.R.L.</u>		<u>CANCER DE LA PROSTATE</u>	
4 ans	chirurgie	2 ans	distilben®
23 ans	chirurgie radiothérapie <u>sur récidiye</u> curiethérapie	<u>CANCER PULMONAIRE</u>	
		9 ans	chirurgie

SURVIE INFÉRIEURE A 5 ANS				"	SURVIE SUPÉRIEURE A 5 ANS			
"	"	"	"	"	"	"	"	"
TYPE DE CANCER	chirg.	rad.	chimio.	"	TYPE DE CANCER	chirg.	rad.	chimio
SEIN	+			"	SEIN	+	+	+
SEIN		+	+	"	SEIN	+		
				"	SEIN	+	+	
				"	SEIN	+	+	
				"	SEIN	+	+	+
				"	SEIN	+	+	
				"	SEIN	+		
CUTANE	+			"	CUTANE	+		
CUTANE	+			"				
HEMATOLOGIQUE			+	"	UTERUS		+	
GASTRIQUE	+	+		"	RECTUM	+		
GASTRIQUE	+		+	"				
OESOPHAGE		+		"				
ORL	+			"	ORL	+	+	
PROSTATE			+	"	PULMONAIRE	+		

- les cancers digestifs semblent avoir des protocoles de traitement très divers, en fonction de l'étendue, non seulement de la lésion, mais aussi des métastases péritonéales, et ce n'est que dans ce dernier cas qu'une chimiothérapie semble envisagée.

- en ce qui concerne les autres formes de cancer :

. les cancers ORL sont traités exclusivement par chirurgie et radiothérapie

. l'oestrogénothérapie semble donner de bons résultats dans les tumeurs malignes prostatiques

. les cancers du col de l'utérus, bien localisés, répondent aux irradiations locales de radium et cobalt.

#### V.5.2. Survie et traitement

##### tableau V.5.2

Il faut souligner tout d'abord que 6 malades sur 22 ont bénéficié de la chimiothérapie :

- 3 cancers du sein
- 1 cancer hématologique
- 1 cancer gastrique
- 1 cancer prostatique

Sur ces 6 malades, 2 seulement ont une survie supérieure à 5 ans. Si l'on se base sur les chiffres actuels de "guérison" pour les cancers du sein, on peut penser que ces 2 patients sont en bonne voie de guérison.

Les traitements sont très divers et les protocoles thérapeutiques très différents. Ce qui nous amène à souligner, une fois de plus, la nécessité d'une équipe du choix thérapeutique pour un pronostic optimal.

CONCLUSION

En 1982 le groupe des malades atteint de cancer encore en vie dans la clientèle étudiée comptait 22 personnes : 15 femmes et 7 hommes. A eux seuls 9 cancers du sein dont on connaît le pronostic meilleur justifient cette inégalité selon le sexe dans la capacité de survie des malades cancéreux.

Pour le reste, l'ordre des fréquences par type de cancer suit, dans ce groupe, ce qu'on sait des fréquences nationales selon le sexe.

La durée de survie moyenne est importante : 9 ans.

Cette survie n'est corellée :

- ni au délai entre le premier signe évocateur et le diagnostic, qui est court : 1,2 mois en moyenne
- ni à l'ancienneté des malades dans la clientèle
- ni à la fréquentation moyenne du cabinet qui varie peu avant et après le diagnostic
- ni à un schéma thérapeutique particulier.

La progression des demandes d'examens spécialisés et d'examens complémentaires à la même profil pour les divers types de cancer, marquée par une forte progression la première année de survie puis par une forte décroissance; on peut l'interpréter par une prise en charge en milieu cancérologique puis par une reprise, de longues années après, lorsque la surveillance des institutions spécialisées faiblit; une phase de latence et de dilution des responsabilités pouvant apparaître lorsque la "passation des pouvoirs" n'est pas clairement exprimée.

VI. LES CANCEREUX COMME

:=====:

" GROUPE SPECIFIQUE "

:=====:

DANS UNE CLIENTELE DE MEDECINE

:=====:

GENERALE

:=====:

VI. LES CANCEREUX EN TANT QUE "GROUPE SPECIFIQUE " DANS UNE  
CLIENTELE DE MEDECINE GENERALE.

PLAN

VI.1. EVOLUTION NUMERIQUE DE CE GROUPE DANS LA CLIENTELE ETUDIEE  
ENTRE 1958 ET 1982

VI.1.1. En ce qui concerne les décès  
tableau VI.1.1.

VI.1.2. Fréquence annuelle de nouveaux cas  
tableau VI.1.2.

VI.2. COMPARAISON SUIVANT DIFFERENTES VARIABLES DU GROUPE DES  
CANCEREUX VIVANTS ET DES CANCEREUX DECEDES

V.2.1. Répartition selon le sexe

V.2.2. Répartition selon les catégories socio-professionnelles

V.2.3. Répartition des malades cancéreux selon le type de  
leur cancer

VI.3. COMPARAISON DES DIFFERENTS PARAMETRES CARACTERISANT LE GROUPE  
DES MALADES CANCEREUX

VI.3.1. Survie des malades

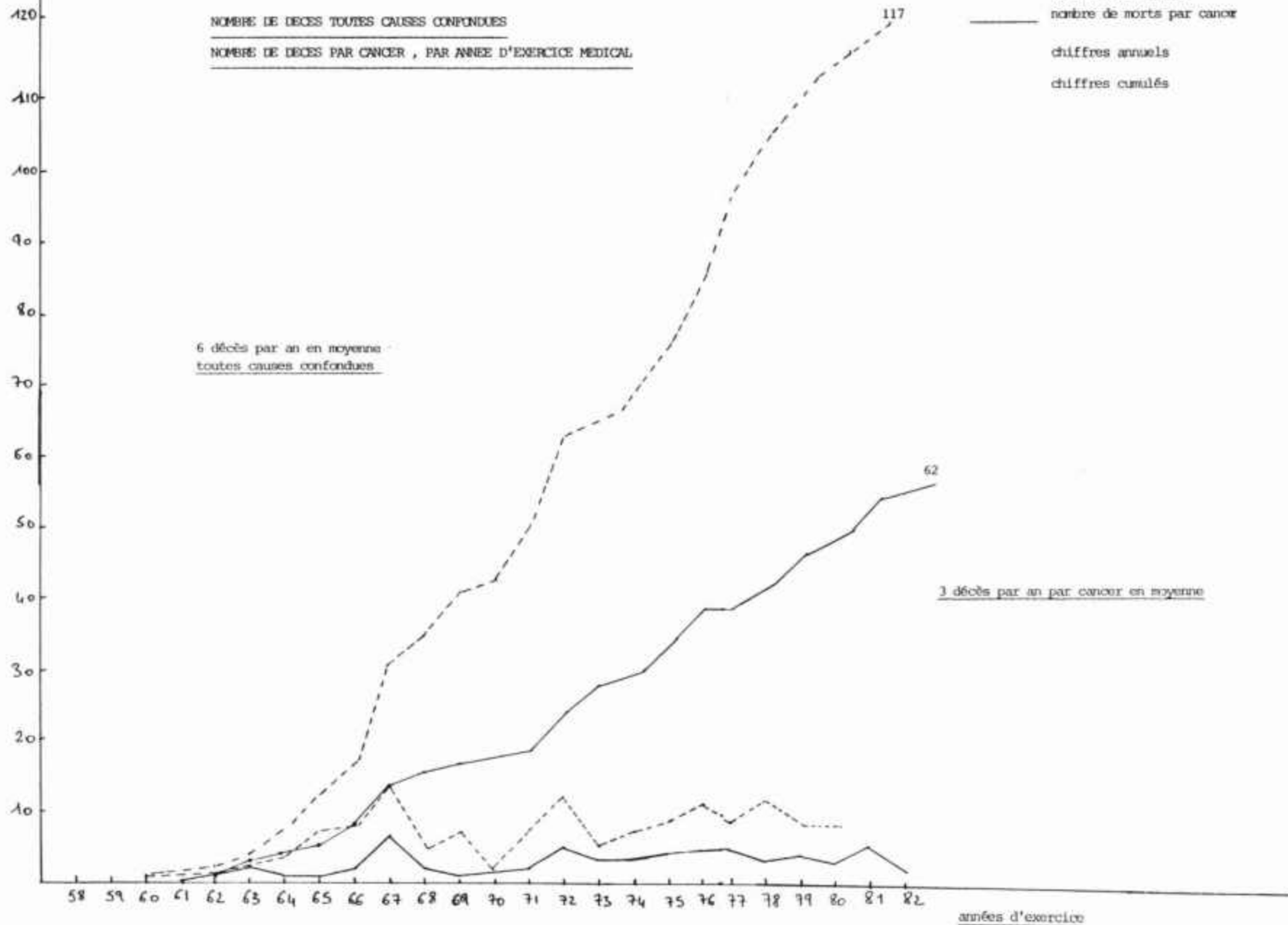
VI.3.2. Age du diagnostic

VI.3.3. Les autres parametres

VI.4. LES APPELS AUX GESTES TECHNIQUES

./...

TABIEAU VI.1.1.





## VI. LES CANCEREUX COMME "GROUPE SPECIFIQUE" DANS UNE CLIENTELE

### DE MEDECINE GENERALE

Le groupe des malades cancéreux que nous allons étudier maintenant, résulte du rassemblement en un seul des deux sous-groupes que nous venons d'examiner séparément, celui des malades décédés et celui des cancéreux encore en vie.

Dans un premier temps, voyons comment ce groupe de cancéreux se positionne par rapport à l'ensemble de la clientèle.

### VI.1. EVOLUTION NUMERIQUE DE CE GROUPE DANS LA CLIENTELE ETUDIEE

#### ENTRE 1958 ET 1982

Entre 1958, date de son installation, et 1982, année de notre étude, ce médecin a soigné 84 malades cancéreux :

- 62 sont décédés
- 22 sont encore en vie en 1982

3 cancéreux sur 4 sont décédés  
dans cette clientèle

#### VI.1.1. En ce qui concerne les décès

##### tableau VI.1.1.

Si nous nous reportons à la thèse de Madame le docteur Teboul, qui a étudié cette même clientèle du point de vue des décès toutes causes confondues, nous relevons qu'elle trouvait une moyenne de 6 décès par an dans cette clientèle ( 1). (page 7 nombre de morts par année d'exercice médical) Tracé en pointillé sur notre tableau.

Si nous traçons la courbe des décès annuels par cancer dans cette

clientèle, nous trouvons une moyenne de 3 décès par cancer chaque année. (tracé en trait plein)

On remarque aussitôt que près de la moitié des décès annuels survenant dans cette clientèle est due au cancer.

<p>1 décès sur 2 est dû au cancer dans cette clientèle</p>
--

Madame le docteur Teboul n'avait comptabilisé que 34 décès sur 97 morts de cause immédiate connue (certaine ou probable) soit 38 %.

Mais le filtrage de l'ensemble des dossiers nous a fait retrouver 16 cancéreux décédés oubliés par le médecin dans son fichier général. Après rectification, le pourcentage des morts par cancer se rapproche de 50 %. Ceci donne, vu d'un cabinet de médecine générale, un aperçu des causes de mortalité, qui diffère de ce qui résulte des statistiques nationales de mortalité générale.

En effet, si l'on se reporte à l'annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1970 - 1976 (INSERM) la première cause de décès en France est cardio-vasculaire (42%) et le cancer arrive seulement en deuxième position avec un taux de 23%. (10)

Notre hypothèse est que la composition de la clientèle dépend du lieu d'installation qui détermine la nature démographique et socio-professionnelle de la population, ainsi que les moyens de recours médicaux qui lui sont offerts.

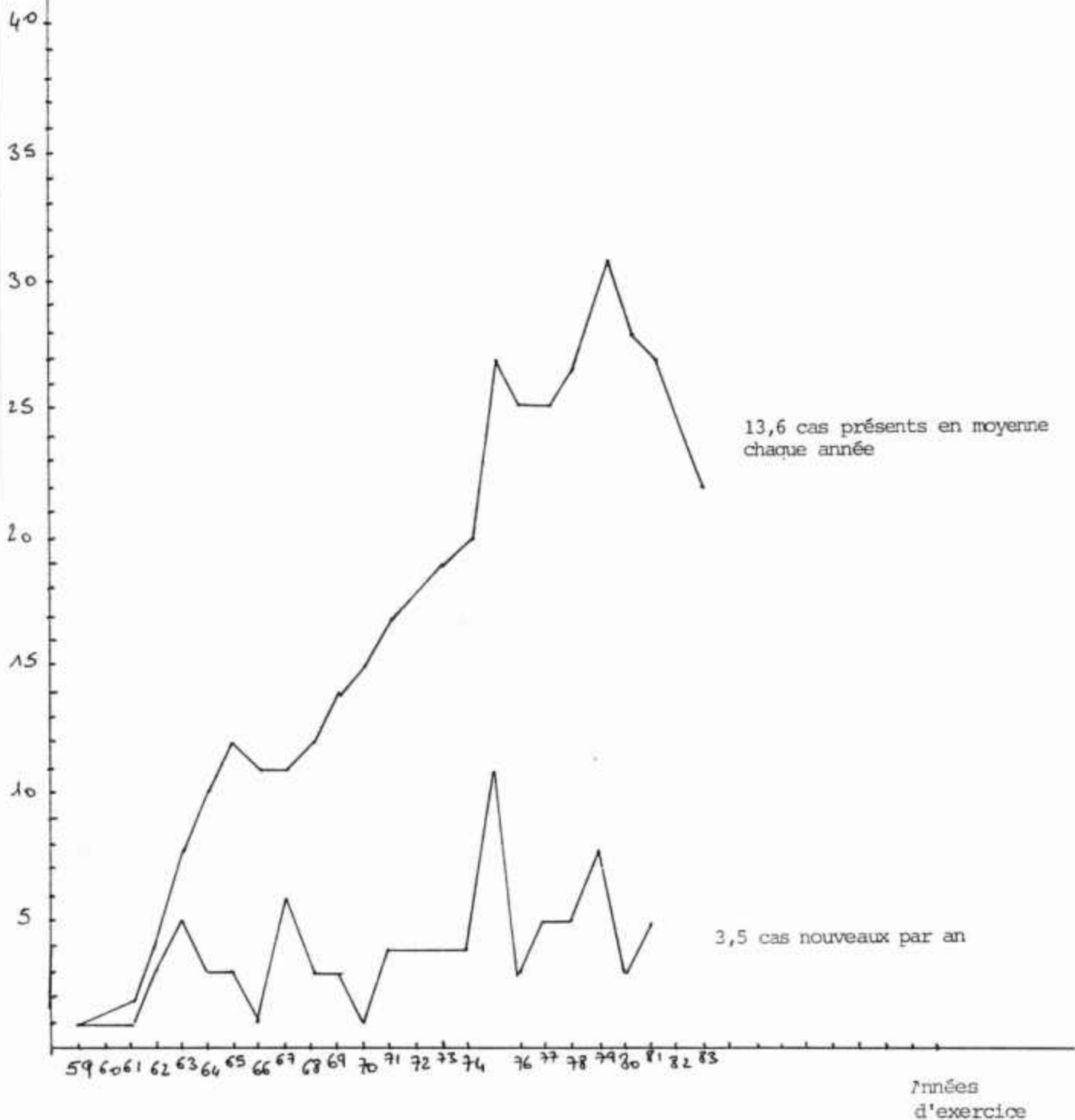
Naturellement les causes de décès sont corrélées à cette composition de la clientèle et aux moyens médicaux régionaux disponibles.

On sait que certaines catégories socio-professionnelles comportent un pourcentage de gens qui n'ont pas de médecin généraliste. Ils vivent et meurent dans le cadre de médecines spécialisées.

CAS PRESENTS CHAQUE ANNEE

NOUVEAUX CAS ANNUELS

cas par année



Années  
d'exercice

Enfin, le phénomène des morts "oubliés" dans le fichier, que nous avons constaté pour les malades cancéreux, pourrait aussi jouer pour les autres pathologies et fausser les chiffres.

Du point de vue des morbidités, la situation des fréquences comparées est tout à fait intéressante.

Quelle que soit la source à laquelle on se réfère, la fréquence des cancers dans les morbidités rencontrées par le médecin généraliste reste faible.

Rappelons seulement deux chiffres :

- le docteur Braun qui recense dans un village autrichien, loin de toute structure hospitalière lourde de tous les résultats de consultations annuels, trouve que les tumeurs malignes représentent 4,6 ‰ des morbidités présentes dans sa clientèle. Etude de prévalence, c'est à dire au 74<sup>ème</sup> rang parmi les résultats de consultations rangés par ordre de fréquence.

- l'enquête nationale de morbidité INSERM 1975, qui étudie, non des fréquences parmi des résultats de consultations, mais des fréquences de domaine pathologique pour des patients, trouve que 2,5 ‰ : seulement des domaines pathologiques en médecine générale concernent les tumeurs.

Quel que soit donc l'angle sous lequel on l'étudie, la fréquence de la pathologie tumorale reste faible dans l'ensemble des morbidités affrontées en médecine générale.

Force nous est donc de constater, dans une clientèle de banlieue parisienne, le poids du pronostic d'une maladie dont l'incidence est pourtant faible dans la population générale et dans la composition des consultants quotidiens du généraliste, mais dont la charge reste très lourde du point de vue des décès dans la clientèle.

On sait en effet depuis les travaux de Michael Balint quel rôle

./...

considérable joue la "compagnie d'investissement mutuel" dans la pratique quotidienne du généraliste.

VI.1.2. En ce qui concerne la fréquence des nouveaux cas apparaissant chaque année, nous avons tracé la courbe des nouveaux cas annuels.

Tableau VI.1.2.

La fréquence annuelle moyenne est de 3,5 nouveaux cas par an, avec, comme on le voit sur la courbe, une tendance à l'augmentation depuis 1971, soit après les treize premières années d'exercice.

<p>en moyenne 3,5 nouveaux cas de cancer chaque année</p>
---

Sur ce même tableau, nous avons tracé la courbe des cancers présents chaque année dans la clientèle.

Comme on pouvait le prévoir en constatant un chiffre moyen annuel légèrement plus élevé de nouveaux cas, le groupe des cancéreux présents dans la clientèle va régulièrement croissant entre 1959 et 1979, ce qui ne peut s'expliquer que par des survies prolongées.

Nous n'avons pas d'explication concernant l'infléchissement de cette courbe à partir de 1980.

Le fait important est la présence d'un "pool" de cancéreux présents chaque année, en moyenne 13,6 cas.

Ce "pool" comporte naturellement tous les malades vivants, qu'il s'agisse de malades dits "guéris" ou de "morituri".

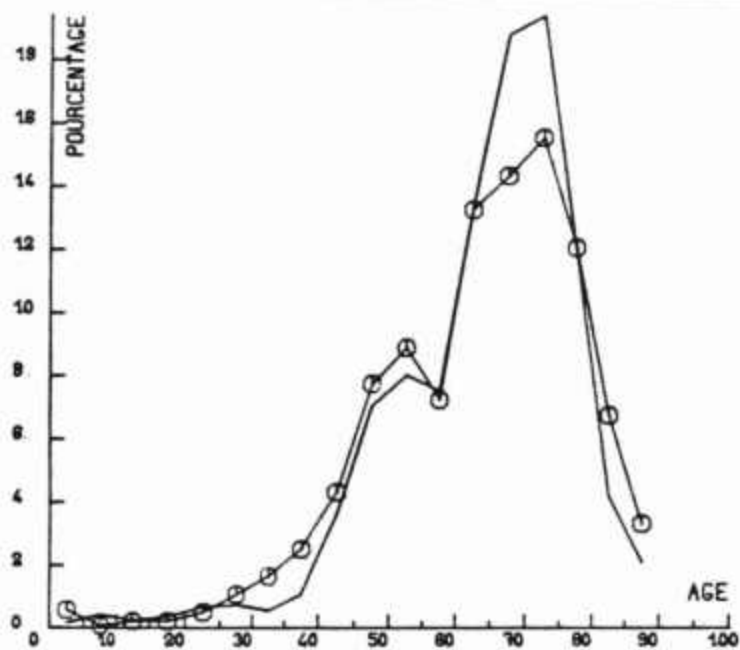
TABLEAU VI.2.1.LES MALADES VIVANTSLES MALADES DECEDES

15	femmes	18
8	hommes	45

Les 2/3 des cancéreux vivants sont des femmes

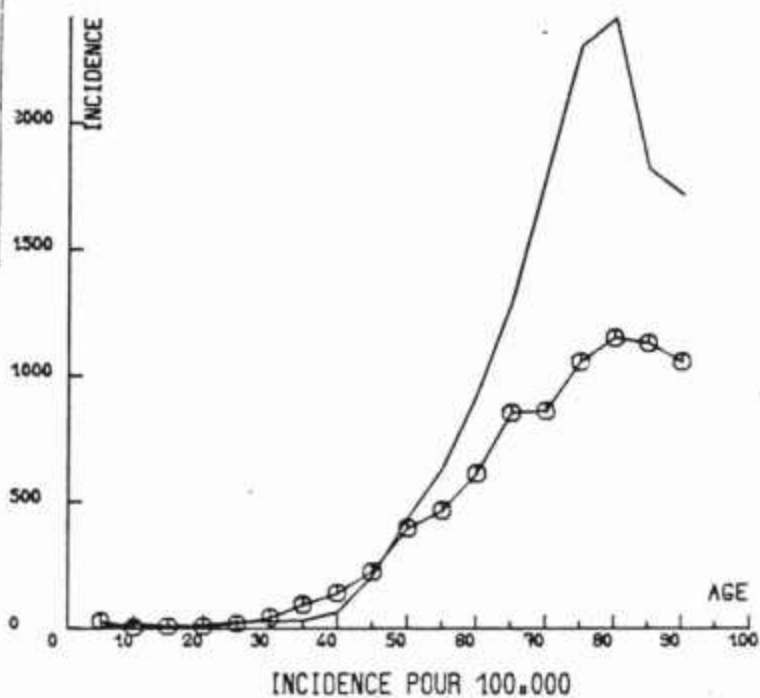
Les 2/3 des cancéreux décédés sont des hommes





DISTRIBUTION PAR AGE ET PAR SEXE

	MASC.	FEMI.
AGE MOYEN	63,4	62,7
95/100 ENTRE	35-84	23-84
RAPPORT M/F	1,26	
FREQUENCE	-	-



INCIDENCE POUR 100.000

TOTAL (140-209)



De même, si l'on prend les chiffres du registre des tumeurs du Bas-Rhin, toujours en 1975, (CF. courbe ci-contre) on voit que les femmes sont moins souvent atteintes que les hommes par le cancer. Il semble donc y avoir un décalage entre nos chiffres et ceux publiés en France.

Dans la clientèle observée on retrouve cette même différence de morbidité cancéreuse en faveur du sexe féminin puisque l'ensemble des morts et des vivants comporte 33 femmes et 53 hommes.

#### VI.2.2. Répartition selon les catégories socio-professionnelles

A catégorie socio-professionnelle égale, on note quelques différences entre le groupe des décédés et le groupe des vivants :

- les "sans profession" arrivent en tête dans le groupe des vivants, mais on note une majorité de femmes dans ce groupe. Est-ce la catégorie socio-professionnelle où le sexe qui sont ici décisifs où les deux cumulés?

- d'autre part, les "cadres" sont plus nombreux dans le groupe des malades encore en vie, à égalité avec les "employés".

Une étude faite par le département "population - ménages" de l'INSEE \* montre que pour la période 1975 - 1980 existent en France des inégalités sociales devant la mort, en particulier entre les hommes et les femmes d'une part, et d'autre part, selon les différentes catégories socio-professionnelles, ainsi :

- l'espérance de vie à la naissance est actuellement en France de 78,5 ans pour les femmes contre 70,4 ans pour les hommes. Cet écart n'était que de deux ans au début du siècle. une prédisposition génétique semble indiscutable, mais d'autres facteurs socio-économiques entre autres jouent un rôle important dans cette inégalité devant la mort.

TABLEAU VI.2.2.

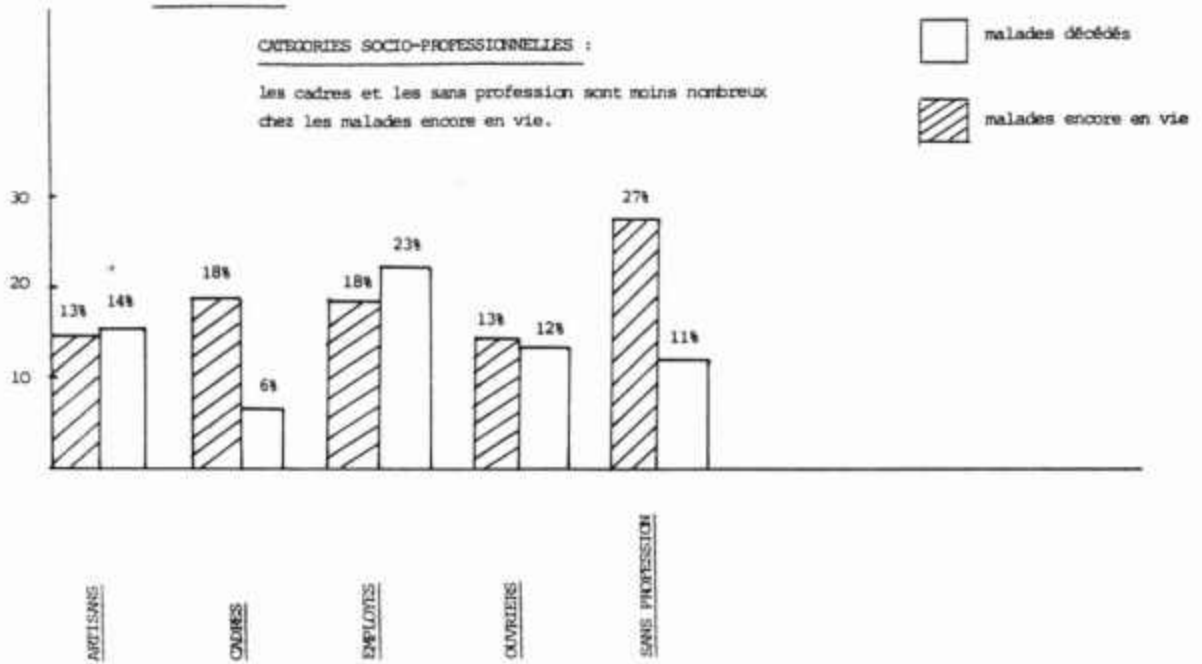
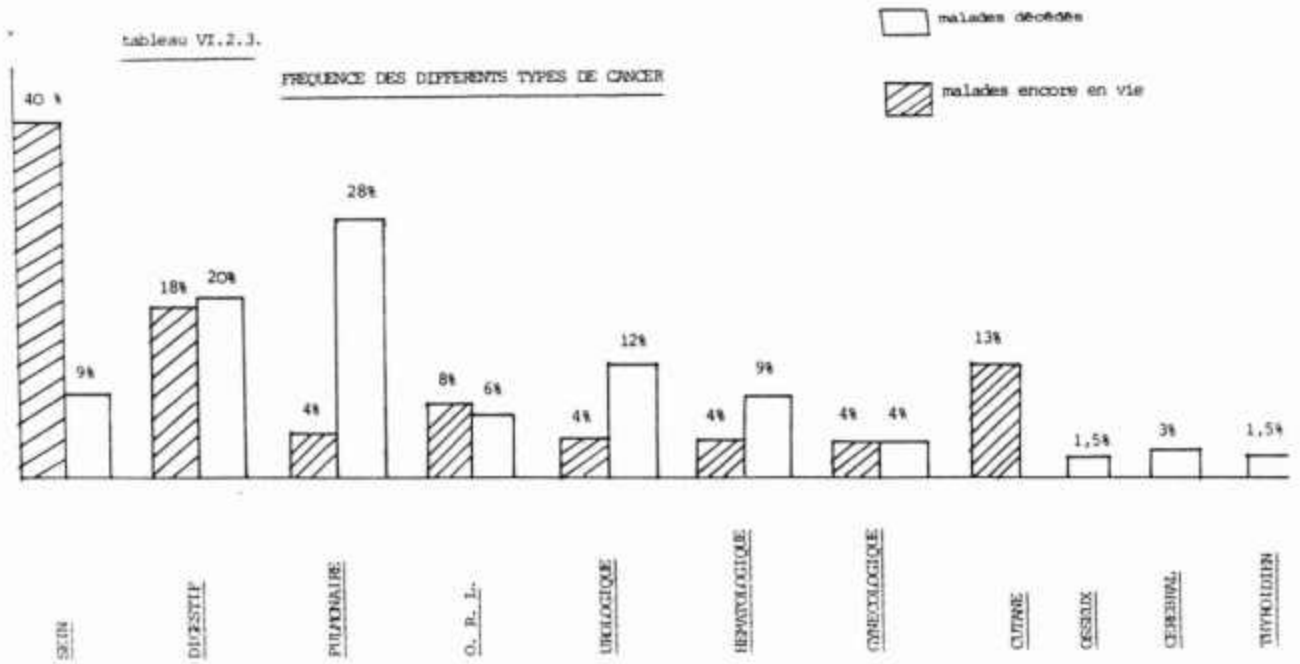


tableau VI.2.3.



- entre autres facteurs, la catégorie socio-professionnelle paraît déterminante.

En effet, depuis 25 ans la mortalité des ouvriers a moins diminué que celle des cadres, et ce sont ces derniers qui entre 1975 et 1980 ont la plus faible mortalité en France.

De plus, le cancer semble contribuer pour une part importante à ces inégalités. C'est ainsi que les ouvriers ont un risque de décès par cancer deux fois plus élevé que les cadres supérieurs, et l'écart est surtout important pour les tumeurs de l'oesophage et des voies aériennes supérieures.

L'aggravation de la mortalité par cancer a moins touché les groupes sociaux "favorisés", ce qui revient à signaler une certaine inégalité dans l'accès aux soins.

#### VI.2.3. Répartition des malades cancéreux selon le type de leur cancer

##### Tableau VI.2.3.

Nous avons comparé entre elles les fréquences des cancers de même nature, rencontrés chez les malades décédés et les malades encore en vie.

On peut faire plusieurs remarques :

- les cancers cutanés ne se voient que dans le groupe des malades encore en vie

- les cancers du sein ont une proportion beaucoup plus importante dans le groupe des vivants que dans celui des malades décédés. Se trouve ici confirmée, à une faible échelle toutefois, l'idée générale du meilleur pronostic des cancers cutanés et mammaires.

- l'inverse, les cancers broncho-pulmonaires sont beaucoup plus nombreux parmi les malades décédés.

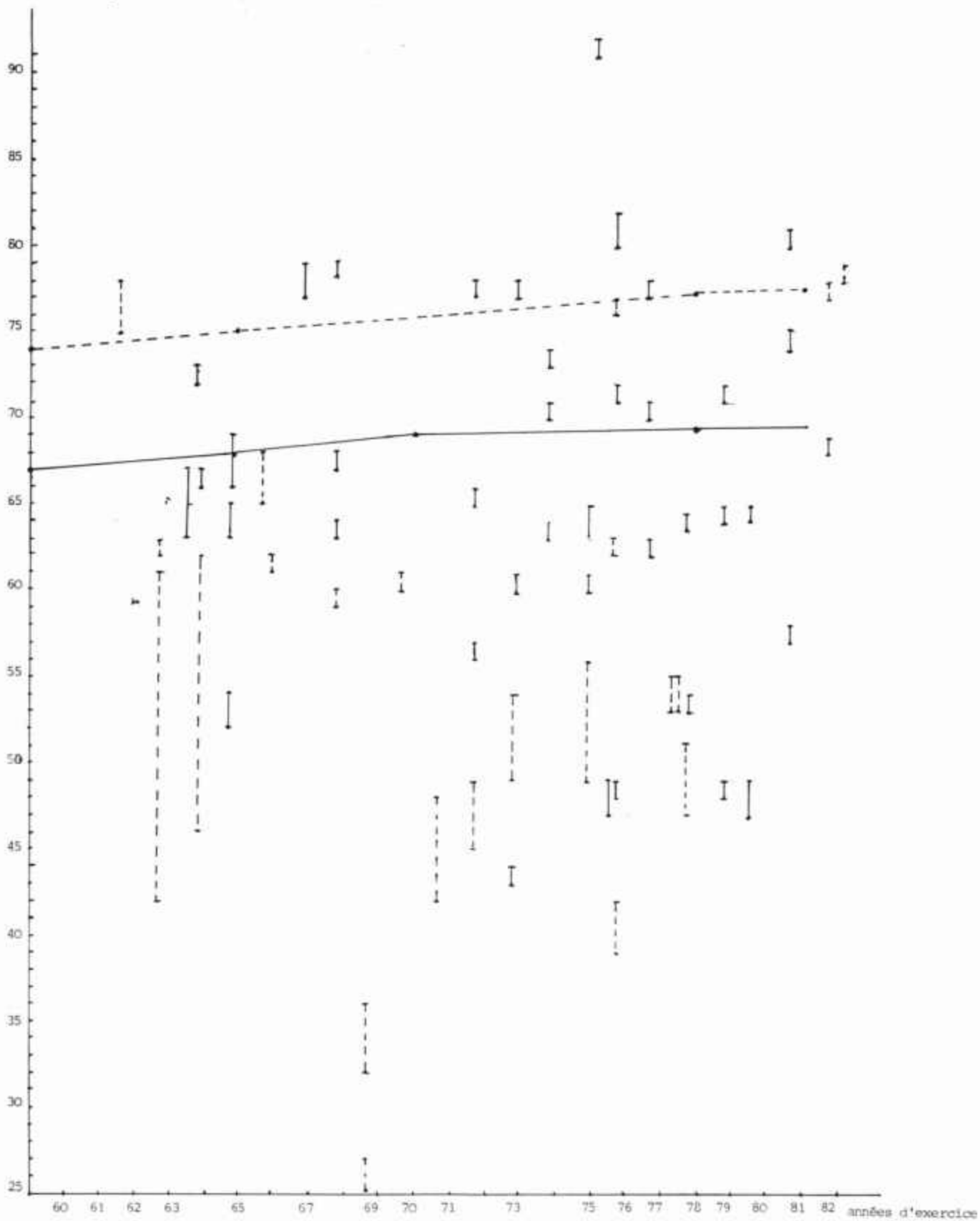
./...

TABLEAU VI.3.1.a

POSITIONS DES MALADES CANCEREUX DECEDES PAR RAPPORT A L'AGE

MOYEN NATIONAL DE DECES .

Age des patients au moment du diagnostic et du décès



VI.3. COMPARAISON DES DIFFERENTS PARAMETRES CARACTERISANT LE GROUPE  
DES MALADES CANCEREUX

VI.3.1. Survie des malades

Les tableaux VI.3.1.a et b positionnent la durée de survie de tous les malades à partir de l'année où le diagnostic a été posé.

Le tableau VI.3.1.b regroupe les malades encore vivants, le tableau VI.3.1.a, les malades décédés.

Par ailleurs, la courbe représentant l'évolution de l'âge moyen national de décès au cours des années étudiées, a été tracée dans chacun des tableaux en trait plein pour les hommes, en pointillé pour les femmes.

VI.3.1.a Le tableau des décédés

On peut faire plusieurs remarques :

- parmi les décédés, deux femmes seulement sur 18 atteignent leur âge "normal statistique de décès".

En effet, avant et après 1970, les femmes atteintes de cancer décèdent toujours à un âge très inférieur à celui de la moyenne nationale, bien que leur survie soit relativement prolongée.

- par contre, parmi les hommes, 20 malades sur 45 atteignent ou dépassent leur âge "normal de statistique de décès", bien que leur survie reste brève.

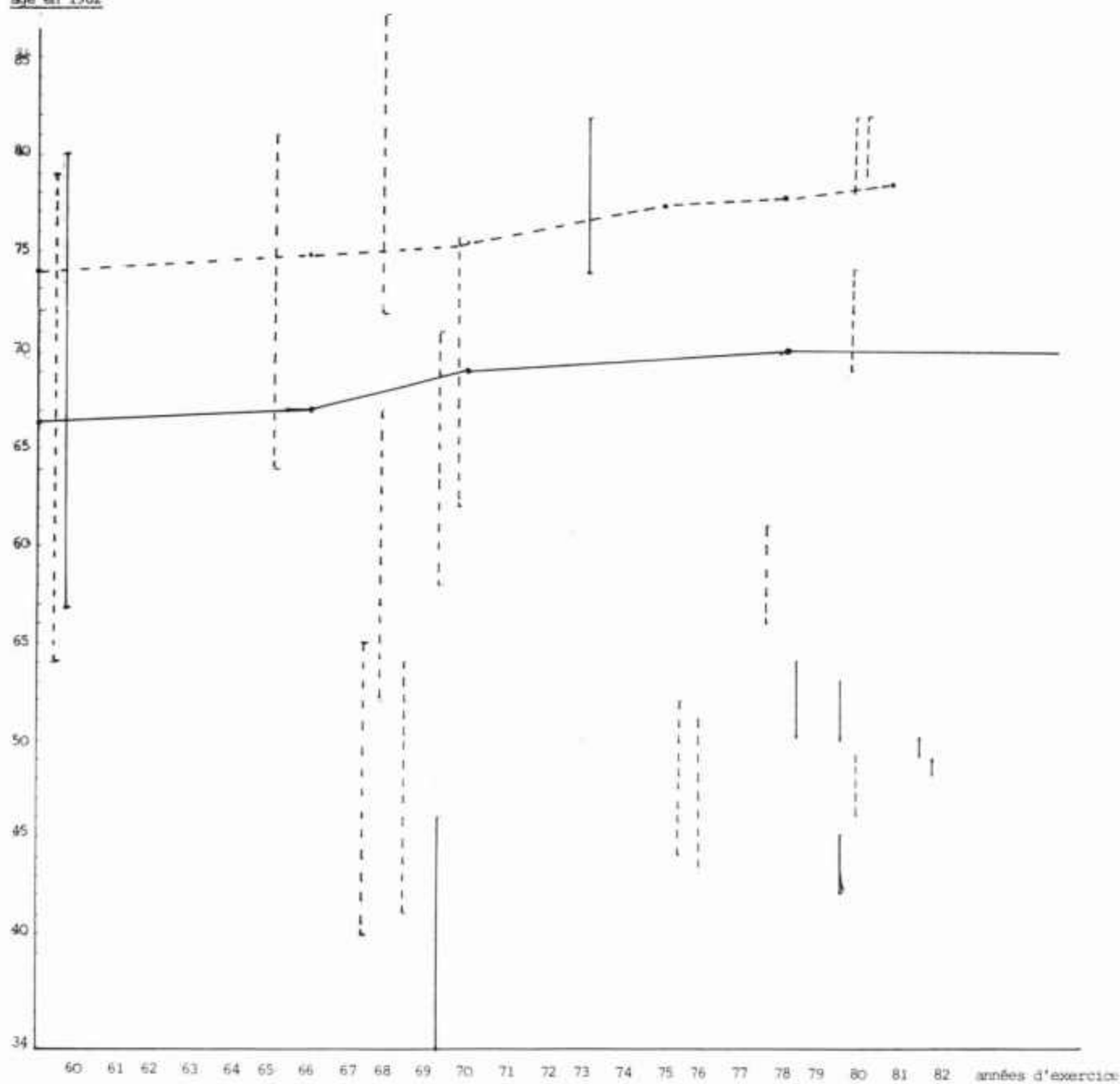
De plus, on note qu'après 1970 la moitié des hommes cancéreux ont atteint ou ont dépassé leur âge "normal statistique de décès".

On voit ici toute la relativité de l'idée généralement admise par le public que le cancer est synonyme de mort prématurée.

TABLEAU VI.3.1.b.

POSITIONS DES MALADES CANCEREUX ENCORE EN VIE EN 1982 PAR RAPPORT A L'AGE MOYEN NATIONAL DE DECES.

Age du diagnostic et  
Age en 1982



En fait, dans un nombre de cas non négligeable, le décès par cancer survient à un âge "normal" statistiquement parlant.

Par ailleurs, chez les "morituri" dans les deux sexes, on ne constate guère d'évolution entre 1958 et 1982 quant à l'âge moyen du diagnostic.

#### VI.3.1.b. Le tableau des malades encore en vie

- on voit que sur 15 femmes de cette clientèle atteintes de cancer et encore en vie 6 ont atteint et dépassé l'âge moyen statistique de décès pour le sexe féminin; 2 ont dépassé 70 ans et toutes ont des durées de survie importantes

- par contre sur 7 hommes atteints de cancer et encore vivants 2 seulement ont atteint et dépassé l'âge moyen statistique de décès pour le sexe masculin; ils ont une durée de survie importante, les 5 autres restant loin en dessous de l'âge moyen de décès, avec des durées de survie jusque là très courtes.

De la comparaison des deux tableaux il résulte que par rapport à l'âge statistique moyen de décès dans leur sexe :

. 8 femmes atteintes de cancer sur 33 ont atteint et dépassé cet âge moyen de décès; dans cette clientèle 6 sont encore en vie après une survie déjà très longue

. 22 hommes atteints de cancer sur 53 ont atteint ou dépassé l'âge moyen de décès mais 2 seulement sont encore en vie après une survie prolongée. Pour les 20 autres, le cancer est apparu à un âge avancé et les a emportés après une survie très brève.

#### VI.3.2. Age du diagnostic chez les cancéreux vivants

On voit d'après le tableau ci-contre que la majorité des cancers féminins se diagnostiquent entre 40 et 55 ans.

Par contre les cancers masculins sont diagnostiqués plus souvent après 65 ans, bien qu'ils se répartissent de façon plus homogène entre les classes d'âge plus jeunes. Donc, finalement, on peut tirer plusieurs notions générales de l'étude des malades cancéreux de cette clientèle:

./...

<u>FEMMES</u>	<u>MORITURI</u>	<u>HOMMES</u>
3	> 65 ans	24
3	55 - 65 ans	13
10	40 - 55 ans	6
2	25 - 40 ans	2

<u>FEMMES</u>	<u>VIVANTS</u>	<u>HOMMES</u>
4	> 65 ans	1
4	55 - 65 ans	1
6	40 - 55 ans	4
1	25 - 40 ans	1

TABLEAU V.3.2. AGE DU DIAGNOSTIC DU CANCER

- . 40 - 55 ans pour les femmes
- . 55 - 65 ans pour les hommes
- supérieur à 65 ans



### VI.3.3. Les autres paramètres

- le délai entre le premier signe repéré et le diagnostic établi est le même dans les deux groupes.

Nous avons vu par rapport aux études départementales que ce chiffre était acceptable. Encore faudrait-il préciser la définition exacte de ce qui peut être considéré comme un premier signe de cancer.

- l'ancienneté du malade dans la clientèle ne semble pas influencer sur le pronostic de la maladie.

- la fréquence annuelle des consultations paraît plus élevée dans le groupe des malades vivants.

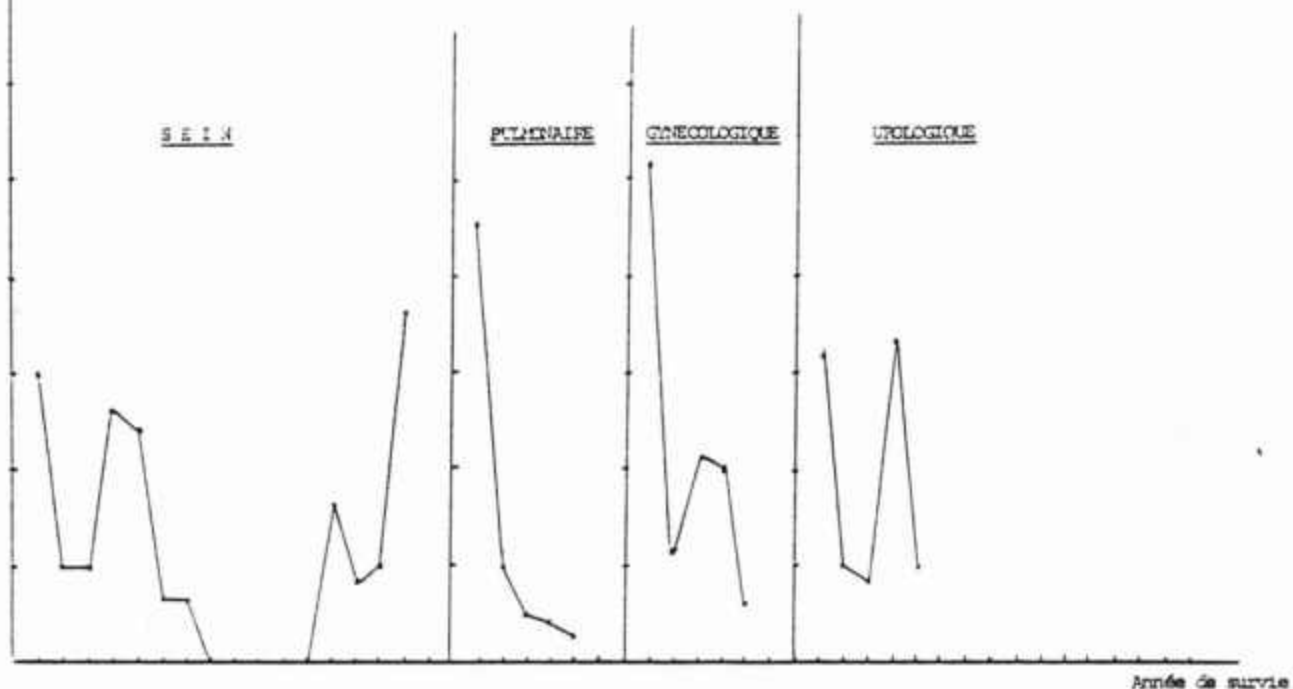
Deux questions peuvent se poser ici :

. l'importance des visites (non comptabilisées) fausse-t-elle les chiffres de fréquentation du cabinet, pour le groupe des malades décédés, ceux-ci ne pouvant plus se déplacer du fait de l'état avancé de leur maladie, ou étant hospitalisés ?

. existe-t-il un certain désintérêt des soins de la part du malade (et/ou du médecin) dans le cas des cancers rapidement évolutifs. Se poserait alors le problème de l'attitude du médecin généraliste et

./...

Examens complémentaires et consultations spécialisées par an



DEMANDE DE SOINS SPECIALISES PAR ANNEE DE SURVIE CHEZ LES MALADES DECEDES DE LEUR CRICET.

- . décélération de la courbe la deuxième année
- . remontée secondaire vers la troisième et la quatrième année

consultations spécialisées  
examens complémentaires

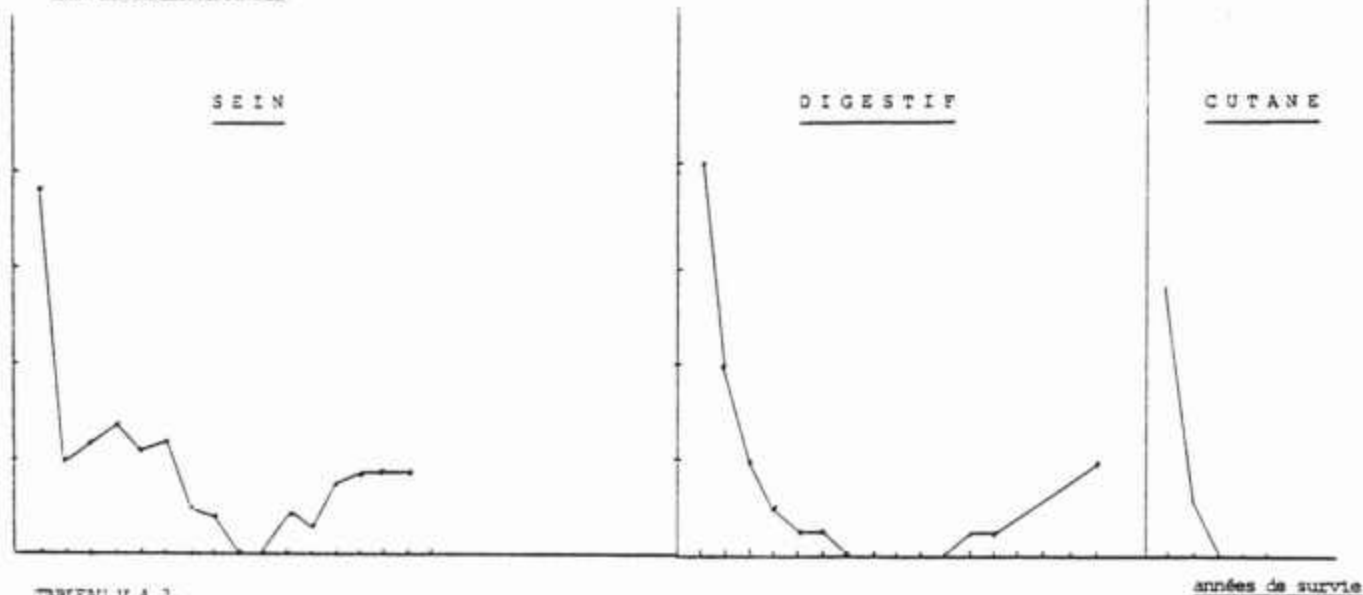


TABLEAU V.4.3.

DEMANDE DE SOINS GLOBALE PAR ANNEE DE SURVIE CHEZ LES MALADES ENCORE EN VIE EN 1982

- . décélération la deuxième année
- . remontée secondaire vers la douzième année

TABLEAU VI.4.

Comparaison des demandes de soins spécialisés par année de survie.

du malade face à la mort.

Des enquêtes "ad hoc" permettraient seules de répondre à ces questions.

#### VI.4. LES APPELS AUX GESTES TECHNIQUES

Examens complémentaires et consultations spécialisées.

- dans le groupe des "morituri" :

- . avant le diagnostic : 3,6 examens complémentaires par an  
2,6 consultations spécialisées par an
- . après le diagnostic : 2,8 examens complémentaires par an  
3,8 consultations spécialisées par an

- dans le groupe des malades encore en vie en Juin 1982 :

- . avant le diagnostic : 2,3 examens complémentaires par an  
1,3 consultations spécialisées par an
- . après le diagnostic : 3,4 examens complémentaires par an  
9 consultations spécialisées par an

Ces chiffres sont en fait très proches les uns des autres. Seul, le chiffre des consultations spécialisées après le diagnostic pour les malades encore en vie, s'éloigne franchement des autres chiffres.

Il semble donc que la fréquence annuelle des consultations de spécialiste soit plus importante chez les malades encore en vie que chez les "morituri".

Toutefois, nous avons vu d'après les courbes VI.4 que la demande de soins globale des malades cancéreux revêt un aspect analogue dans les deux groupes.

Après une première année de forte demande correspondant au bilan diagnostique et thérapeutique, on assiste dans tous les cas à une décélération de la demande de soins, puis à une remontée variable dans le temps selon la durée de survie du malade.

Il est intéressant de constater qu'il existe un schéma type de conduite

TABLEAU DES TRAITEMENTS DES CANCERS ENTRE 1958 ET 1982  
EN FONCTION DE LEUR SURVIE MOYENNE

	SURVIE SUPERIEURE A 10 AN			SURVIE INFERIEURE A 10 AN		
	CHIRURGIE	RADIOTHERAPIE	CHIMIOTHERAPIE	CHIRURGIE	RADIOTHERAPIE	CHIMIOTHERAPIE
TOUTS LES CANCERS	.	.	.	.	.	.
MATRIÈRE	.	.	.	.	.	.
PROSTATE	.	.	.	.	.	.
SEIN	.	.	.	.	.	.
CUTANÉ	.	.	.	.	.	.
HEMATOLOGIQUE	.	.	.	.	.	.
GASTRIQUE	.	.	.	.	.	.
GASTRIQUE	.	.	.	.	.	.
ŒSOPHAGE	.	.	.	.	.	.
ORL	.	.	.	.	.	.
PROSTATE	.	.	.	.	.	.
UTÉRUS	.	.	.	.	.	.
RECTUM	.	.	.	.	.	.
COLON	.	.	.	.	.	.
ESOPHAGE	.	.	.	.	.	.
ORL	.	.	.	.	.	.
PULMONAIRE	.	.	.	.	.	.

TYPE DE CANCER	SURVIE INFERIEURE A 5 ANS			SURVIE SUPERIEURE A 5 ANS			
	chirg.	rad.	chimio.	TYPE DE CANCER	chirg.	rad.	chimio
SEIN	+	.	.	SEIN	+	+	+
SEIN	.	+	+	SEIN	+	+	.
	.	.	.	SEIN	+	+	.
	.	.	.	SEIN	+	+	.
	.	.	.	SEIN	+	+	+
	.	.	.	SEIN	+	+	.
CUTANÉ	+	.	.	CUTANÉ	.	.	.
CUTANÉ	+	.	.		.	.	.
HEMATOLOGIQUE	.	.	+	UTÉRUS	.	+	.
GASTRIQUE	+	+	.	RECTUM	+	.	.
GASTRIQUE	+	.	+		.	.	.
ŒSOPHAGE	.	+	.		.	.	.
ORL	+	.	.	ORL	+	+	.
PROSTATE	.	.	+	PULMONAIRE	+	.	.

TABLEAU VI.5: TABLEAU COMPARATIF DES TRAITEMENTS DES  
CANCERS.

thérapeutique pour les malades cancéreux dans cette clientèle. Cependant, on ne sait pas si ce schéma est d'un type général ou particulier. Par exemple, il faut tenir compte ici de la proximité d'un grand centre anticancéreux, et d'un grand nombre de spécialistes dans un périmètre proche.

#### VI.5. LES TRAITEMENTS

De la comparaison des traitements des malades cancéreux dans les deux groupes, on peut faire quelques remarques :

- parmi les 62 "morituri", 26 malades ont reçu une chimiothérapie, et 6 malades cancéreux sur 22 encore en vie en ont bénéficié.

Comme on pouvait s'y attendre, il semble que ce traitement soit plus fréquent dans les formes sévères, et de plus, même si elle allonge la durée de la survie, elle ne paraît pas influencer radicalement sur le pronostic vital.

Il faut cependant tenir compte de la grande variabilité de réceptivité des différents types de cancer à la chimiothérapie, d'une part, et d'autre part, de la période étudiée qui correspond aux "premiers pas" de cette thérapeutique.

- par ailleurs, il nous a semblé particulièrement évident après ce travail que, vu d'un cabinet de médecine générale, il existe une très grande pluralité de traitements du cancer. Une complémentarité des responsabilités et des compétences au sein de l'équipe thérapeutique nous semble souhaitable. De même que le médecin généraliste n'est pas à même de prendre seul la décision du choix du traitement, un chirurgien ou un spécialiste de telle ou telle discipline n'est pas apte non plus. Quant aux cancérologues, ils semblent mal placés pour la surveillance continue des malades.

L'aperçu que nous avons eu au cours de ce travail de l'insertion serrée des malades cancéreux dans une clientèle de médecine générale, nous fait dire plus que jamais que le médecin généraliste devrait avoir une place importante au sein de l'équipe thérapeutique, contribuant par sa connaissance du malade et de son milieu familial, à un choix thérapeutique optimal pour celui-ci.



## VII. AUTRES PATHOLOGIES RENCONTREES CHEZ LES MALADES CANCEREUX

### VII.1. REMARQUES LIMINAIRES

### VII.2. PROBLEMES THEORIQUES RENCONTRES

VII.2.1. Problemes d'objectivation

VII.2.2. Problèmes de méthodologie

### VII.3. REPERTOIRE DES MORBIDITES " TOUT VENANT"

rencontrées dans le groupe des malades cancéreux d'une clientèle de médecine générale.

VII.3.1. Toutes les morbidités rencontrées avant et après les diagnostics du cancer

VII.3.1.a liste A : par ordre de fréquence

VII.3.1.b liste B : selon les 17 chapitres de l'OMS

VII.3.2. Morbidités rencontrées après le diagnostic du cancer

VII.3.3. Comparaison des morbidités rencontrées avant et après le diagnostic du cancer : liste C

VII.3.4. Comparaison entre les morbidités les plus fréquentes selon la composition du groupe de malades étudiés.

### VII.1. REMARQUES LIMINAIRES

Les malades atteints d'un cancer ne sont pas que des "cancéreux".

Ce sont des hommes et des femmes qui ont fait partie ou vont faire partie de la clientèle du médecin généraliste avec leur potentiel de maladies diverses.

L'objet du présent chapitre est d'étendre les éventuelles particularités de cette population de malades, au point de vue de la morbidité comparativement à la clientèle "tout venant" d'un médecin généraliste, telle qu'elle nous est connue par les sources suivantes :

- "L'enquête Nationale de morbidités" INSERM 1975, qui porte sur les maladies en médecine libérale
- la liste de la répartition régulière des cas en médecine générale, issue des travaux du docteur R.N.Braun (11)

Rappelons que le docteur Braun a démontré que "dans la perspective de la médecine générale, les groupes humains qui ne vivaient pas dans des conditions climatiques, sociales ou autres très différentes, sont soumis aux facteurs "troubles de santé" avec des résultats semblables dans la grande majorité des cas."

Ceci a été vérifié et l'est encore par des recherches plus vastes.

C'est pourquoi on est en mesure, en se basant sur des statistiques de cas établies sur de longues années dans une consultation de campagne autrichienne, de prédire, du point de vue de leur fréquence, quels seront les cas auxquels aura à faire un collègue exerçant dans une ville du centre de l'Angleterre et vice et versa ...

Ces prévisions ne pourront évidemment être exactes que dans la mesure où aucune modification fondamentale n'interviendra pas dans les conditions de vie, temporaire ou durable.



Le but de ce chapitre est donc de tirer des conclusions sur une éventuelle différence ou similitude, entre les morbidités d'un groupe de cancéreux, avant et après le diagnostic de leur cancer, et une population de malades tout venant dont nous connaissons la morbidité en médecine générale.

## VII.2. PROBLEMES THEORIQUES RENCONTRES

### VII.2.1. Les problèmes de l'objectivation

Médicalement parlant, on peut définir deux degrés croissants de rigueur scientifique, dans l'appréciation d'une morbidité :

- la morbidité ressentie émise par le malade lui même. C'est le point de départ de la demande de soin.
- la morbidité diagnostiquée. C'est la reconnaissance d'une morbidité par le médecin, suite à une demande de la part du malade à propos d'une maladie ressentie ou non, voire à propos d'un examen médical suscité par une demande administrative.

Ce diagnostic dépend d'une part, des moyens mis à la disposition du médecin, et, d'autre part, de l'état d'avancement de la science.

- par ailleurs, reste le problème de la subjectivité du médecin lui même, qui, au cours d'une consultation "multipathologies" ne note sur sa fiche que celles qui lui paraissent les plus importantes. Exemple: tel malade consultant pour diverses pathologies psychiques ou physiques relatives à une intoxication alcoolique. Le médecin jugeant que le problème "alcool" est le plus important n'a noté sur sa fiche qu'"alcoolisme" aux différentes consultations.

### VII.2.2. Les problèmes de la méthodologie

Au cours de notre démarche méthodologique, nous avons enregistré les différents cas de morbidité relevés par le médecin, tels qu'ils apparaissent dans ses dossiers, au fil du temps.

A chaque malade correspond un certain nombre de morbidités différentes.

Un malade peut consulter plusieurs fois pour la même morbidité, soit plusieurs fois de suite si le cas est rebelle au traitement ou jugé important par le médecin, soit plusieurs fois en une année pour une surveillance. (hypertension artérielle par exemple)

Notre perspective de recherche étant de mettre à jour une éventuelle différence ou similitude dans la fréquence et le type de morbidités chez les cancéreux, et la population dont l'épidémiologie nous est donnée par le docteur R.N.Braun, nous nous sommes retrouvés devant le problème suivant :

Fallait-il comptabiliser pour le même malade, toutes les consultations pour une même morbidité, ou ne prendre en compte cette morbidité qu'une fois au cours d'une existence médicale.

Exemple: un patient consulte 15 fois en 6 mois pour "alcoolisme". Il s'agit d'un état permanent.

: une dizaine de patients ont consulté chacun une ou deux fois pour "névralgies". Il s'agit de situations traitées au cas par cas.

Peut-on dire que la morbidité "alcoolisme" supplante la morbidité "névralgie" dans un groupe de cancéreux?

Autre exemple : plusieurs malades ont consulté pour dermatoses de nombreuses fois à quelques semaines d'intervalles chacun. Fallait-il comptabiliser chaque rechute et se demander si le cancer ou son traitement ne favorisait pas ces dermatoses, ou ne prendre en compte qu'une fois par an cette morbidité?

Nous sommes donc arrivés au compromis suivant : nous comptabiliserons les morbidités nécessitant plusieurs consultations en ne tenant compte que de la première série annuelle qui sera comptée pour une fois. On établit ainsi ce que les épidémiologistes appellent la prévalence, c'est à dire qu'on répertorie toutes les morbidités présentes dans la population étudiée, qu'elles soient nouvelles ou anciennes, et ce dans une séquence temporellement définie.

Exemple: un malade consulte pour dermatose :

- . Mai 1978 = 3 consultations
- . Juin 1980 = 2 consultations
- . Janvier 1982 = 3 consultations

sa fiche morbidité sera la suivante : dermatose = 3.

C'est d'ailleurs ainsi que le docteur R.N.Braun procède sur des tranches de durée annuelle. Il apporte d'ailleurs à son recensement le correctif suivant :

un malade présentant plusieurs épisodes différents portant sur un même appareil, voit chacun de ces épisodes neufs répertoriés une fois.

L'état des informations retrouvées rétrospectivement sur la fiche ne nous a pas permis d'utiliser ce correctif.

Cependant, s'agissant d'étudier essentiellement un rang de fréquence, plus qu'un taux numérique, nous pensons valables les confrontations de notre répertoire avec la classification des résultats de consultations, telle qu'elle est fournie par le docteur R.N.Braun.

Cette nomenclature qui a été traduite en France (Cf.note en bas de page) est faite à partir d'une liste de tous les 8.146 cas rencontrés dans sa clientèle de généraliste pendant 5 années (1955-1959) puis de 1977 à 1980, classifiés et rassemblés en 306 maladies et situations, selon une fréquence décroissante d'apparition pour 1.000 consultations.

Précieusement tenue à jour depuis lors, cette nomenclature est établie ainsi :

1°- Fièvre 80,41% fréquence d'apparition pour 1000 consultations  
(1°: le numéro de code correspondant au rang des fréquences en 1955-1959)

2°- Myalgies : 40,35 %

etc...

NOTE. Documents de recherche en médecine générale. Numéro 6. 1982.  
SFMG . "classification codée des résultats de séances en médecine générale.

./...

Au dessous d'une fréquence unitaire inférieure à 1 pour 3.000 (0,333%) le docteur Braun ne répertorie plus les cas rencontrés.

Notre propos n'est pas l'impossible comparaison d'un recensement portant sur 84 malades cancéreux avec un travail portant sur plus de 8.000 malades.

Cependant on peut espérer tirer de la confrontation certains éléments pour une meilleure compréhension du malade cancéreux et de ses besoins médicaux d'ordre général.

### VII.3. REPERTOIRE DES MORBIDITES TOUT VENANT

rencontrées chez les malades cancéreux d'une clientèle de médecine générale.

#### VII.3.1. Toutes les morbidités rencontrées avant et après les diagnostics du cancer

Nous avons dressé 4 listes comparatives.

Les deux premières portent sur toutes les morbidités figurant sur les fiches des cancéreux recensés chez le docteur R... qu'elles aient été notées avant ou après le diagnostic de leur cancer.

On dénombre donc toutes les morbidités de chaque malade sans tenir compte du fait qu'à un moment, un cancer apparaît.

Nous avons conservé les sous groupes déjà rencontrés :

- 22 malades encore en vie et présents dans la clientèle
- 62 malades décédés
  - . 14 malades décédés entre 1958 et 1972
  - . 32 malades décédés entre 1972 et 1982
  - . 16 malades décédés et oubliés dans le fichier général.

### VII.3.1.a Liste A par ordre de fréquence

Cette liste permet de repérer les morbidités que le généraliste a eu à connaître au cours de l'ensemble de sa relation avec ses malades à la fois dans leur variété et leur nombre.

Ils ont été rangés dans l'ordre de fréquence où la classification du docteur R.N.Braun les fait apparaître dans la clientèle tout venant d'un généraliste entre 1955 et 1959.

On est frappé par leur variété et leur nombre :

sur les 433 résultats de consultation recensés par le docteur R.N.Braun comme ayant une fréquence régulière de plus de 1 pour 3.000, les 84 malades du docteur R... ont présenté :

- pour le groupe des 22 malades encore vivants 85 morbidités différentes rencontrées en 237 résultats de consultations.

- pour le groupe des 14 malades décédés entre 1958 et 1972 116 morbidités différentes en 266 résultats de consultations.

- pour les 34 malades décédés entre 1972 et 1982, 58 morbidités différentes en 85 résultats de consultations.

- pour les 16 décédés "oubliés" dans le fichier général, 36 morbidités différentes en 56 résultats de consultations. (cf.note)

### VII.3.1.b Liste B selon les 17 chapitres de l'OMS

Elle recense ces mêmes morbidités des 84 malades étudiés, mais en répertoriant tous les résultats de consultation de la classification du docteur R.N.Braun, après les avoir regroupés selon les 17 chapitres de l'OMS

Cela fait apparaître deux notions :

- sur les 17 chapitres de l'OMS ne manqueront que le chapitre 11 intitulé "les complications de la grossesse et de l'accouchement" et le chapitre 15 intitulé "certaines affections liées à la période périnatale".

NOTE. Rappelons que selon notre mode de recensement, un résultat de consultation concerne une affection apparue une ou plusieurs fois en un an.

./...

n° ordre BRAUN	LISTE A MORBIDITES	22	14	32	16	n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS	MORTS	MORTS
		VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIES				MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIES
1	Fièvre	4	2	-	1	69	Epitaxis	1	-	-	-
2	Myalgies	2	-	-	-	71	Arthrose déformante	15	6	2	-
3	Toux	5	12	1	2	73	Varicels	3	1	-	-
5	Vomissements	3	3	1	-	74	Dermato-mycoses	6	2	7	2
6	Contusions	1	1	-	1	75	Urticaire	1	-	-	-
7	Aboès	2	2	-	-	76	Dermato-mycose interdigitale	2	1	-	1
8	Ectéma	3	3	-	-	77	Cholelithiase	-	3	-	-
9	Angines tonsillaires	-	1	2	-	78	Maux de gorge	-	1	-	-
10	Céphalées	1	3	1	-	79	Hématomes	-	-	-	1
12	Arthropaties	-	1	-	-	80	Névrites	-	-	-	1
13	Lombalgies	2	8	-	-	82	Prolapsus utérin ou vaginal	2	-	-	1
15	Néuralgies	20	12	2	2	85	Laryngite	-	3	2	-
16	Autres abdominopathies	3	1	2	2	90	Dysménorrhée	5	1	-	-
17	Troubles polymorphes	1	-	-	-	92	Verrues	-	-	1	-
18	Hypertension compensée et décompensée	9	4	1	2	95	Tumeur bénigne	7	2	1	-
19	Infection locale	1	-	-	-	96	Paresthésies	1	1	-	-
20	Pharyngites	1	-	-	-	97	Pyrosis	-	1	-	-
21	Constipation	4	-	1	1	99	Bronchite asthmatique	1	2	-	1
23	Etat de fièvre non caractéristique	2	-	-	-	100	Lymphomatose	-	1	-	-
24	Troubles polymorphes	-	1	-	-	101	Marasme - artériosclérose	-	4	-	-
26	Vertiges	4	3	-	-	105	Écœma	-	1	-	-
27	Douleurs péricardiales	3	3	-	-	106	Hépatite	1	-	-	1
28	Douleurs épigastriques	10	11	4	-	107	Tachycardie	-	1	-	-
29	Catarrhes des voies respiratoires	-	4	-	-	110	Pollakiurie	-	5	2	-
32	appendicite	-	2	1	1	111	Pieds plats	-	-	2	-
37	Ulcères peptiques	2	1	-	-	115	Epilepsie	2	-	-	1
38	Pneumonie	1	4	2	-	116	Anaigrissement	1	2	2	-
39	Spasmes abdominaux	-	1	-	-	117	Cystite	3	4	1	1
42	fractures multiples	5	2	-	-	122	Oedème des pieds	-	1	-	-
44	Asthme bronchique	-	1	1	-	127	Leucorrhée	-	1	-	-
45	Hernie inguinale	2	4	-	-	128	Faiblesse générale et abattement	5	6	1	2
46	Thrombophlébite	4	4	-	-	129	Hypomenorrhée - aménorrhée	-	1	-	-
47	Rhinite	1	4	1	-	130	Ganglions	2	5	1	1
51	Cholestytopathie	-	1	1	1	131	Troubles ménaoposiques	-	-	-	1
53	Foulure du pied	1	-	-	-	133	Augmentation pondérale - adiposité	-	1	-	1
56	Bronchite aigue	5	4	2	5	134	Hémorroïdes	3	1	1	-
58	Dermite aigue	4	1	-	-	135	Palpitations	-	1	1	-
59	Sinusite frontale	2	1	2	-	137	Erosion de la partie intra-vaginale	-	1	-	-
66	Ulcère de jambe	-	2	-	-	138	Euphysème	-	1	1	-
67	Dyspnée	1	6	1	-	140	Entorse du genou	1	-	-	-



## CHAPITRE n° 1 MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

LISTE B

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIEE
7	Nécros	2	2	-	-
433	Bactériurie	2	3	1	-
437	Blénnorragie	-	-	-	-
149	Hidradénite axillaire	-	-	-	-
35	Blessures infectées	-	-	-	-
34	Coqueluche	-	-	-	-
76	Dermato - mycose interdigitale	2	1	-	1
74	Les autres dermato- mycose	6	2	7	2
197	Erysipèle	4	-	-	-
362	Erythème infectieux	-	-	-	-
23	Fièvre non caractérisée	2	-	-	-
33	Furoncle	-	-	-	-
48	Furonculose	-	-	-	-
370	Gale	-	-	1	-
106	Hépatite	1	-	-	1
109	Herpes	-	-	-	-
19	Infection odontogène	1	-	-	-
157	Lymphadénite	5	1	-	-
259	Muguet	-	-	-	-
240	Myalgies fébriles	-	-	-	-
84	Oreillons	-	-	-	-
54	Orejet	-	-	-	-
124	Petit externe	-	-	-	-
11	Otite moyenne	-	-	-	-
114	Oxyurose	-	-	-	-
30	Panaris	-	-	-	-
20	Pharyngite	1	-	-	-
86	Phlegmon	-	-	-	-
326	Poux	-	-	-	-
63	Pyodermite	-	-	-	-
235	Fièvre après vaccin	-	-	-	-
81	Rubéole	-	-	-	-
91	Rougeole	-	-	-	-
243	Suppuration d'une fistole	-	-	-	-
353	Tiques	-	-	-	-
297	Tuberculose	1	-	-	-
186	Tuberculose pulmonaire	2	1	1	1
61	Varicelle	-	-	-	-
105	Zona	-	1	-	-

## CHAPITRE n° 11 TUMEURS

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIEE
74	Néoplasmes malin autres que cutanés	22	14	32	16
206	Tumeur bénigne de la peau	6	3	-	-
194	Angiome	-	-	-	-
272	Naevus	-	1	-	-
185	Tumeur bénigne du sein	1	-	-	-
95	Autres tumeurs bénignes	7	2	1	-



n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIE!
146	Alcoolisme	-	3	1	3
116	Anaigrissement	1	4	3	-
161	Athérome	-	-	-	-
133	Augmentation pondérale	-	1	-	1
193	Caféisme	-	-	-	-
153	Craniotabes	-	-	-	-
144	Diabète sucré	2	4	1	1
424	Ecoulement mammaire	1	-	-	-
420	Glycosurie	-	-	-	-
70	Goitre	-	-	-	-
411	Hyperuricémie	-	-	-	-
365	Hypoplasie mammaire	-	-	-	-
169	Mastite	-	1	-	-
131	Troubles méncopasiques	-	-	1	1
130	Plaintes concernant la pillule	-	-	-	-
429	Syndrome pré-menstruel	-	1	-	-
427	Thyroïdite	-	-	-	-

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIE!
230	Anémies	-	-	-	1
130	Ganglions	2	5	1	1
157	Lymphadénite aigüe	5	1	-	-
100	Lymphomatose	-	-	-	-

## CHAPITRE n°V TROUBLES MENTAUX

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIE
431	Aérophagie	-	-	-	-
146	Alcoolisme	-	3	1	1
143	Anorexie	1	1	3	1
393	Caféisme	-	-	-	-
342	Dépression	10	3	1	2
257	Epuisement nerveux	-	2	2	-
294	Fausse douleurs de l'accouchement	-	-	-	-
210	Anxiété	-	1	-	-
316	Hypersomnie	-	1	-	-
395	Hypochondrie	-	-	-	-
273	Névrose d'anxiété	8	2	-	-
145	Nervosisme	3	2	1	-
422	Ongles rongés	-	-	-	-
177	Psychoses aiguës	1	1	-	-
216	Psychoses chroniques	1	-	-	1
434	Retards de langage	-	-	-	-
398	Rumination	-	-	-	-
232	Tics	-	-	-	-
366	Troubles de l'érection	1	-	-	-

## CHAPITRE n°VI a MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIE
62	Apoplexie	-	-	-	-
115	Epilepsie	2	-	-	1
228	Evanouissements	1	-	1	-
246	Migraines	1	1	-	-
328	Névralgies faciales	-	-	-	1
80	Tableau de névrites	-	-	-	1
96	Paresthésie	1	1	-	-
213	Parkinsonisme	-	-	2	-
334	Sclérose en plaque	-	-	-	-

## CHAPITRE n° VI b MALADIES DE L'OEIL

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIES
165	Angulus infectious	-	-	-	-
146	Anomalies de la réfraction	-	-	-	-
341	Baisse passagère de la vue	-	-	-	-
218	Cataracte	-	1	-	-
217	Chalazion	-	-	-	-
14	Conjonctivite	-	-	-	-
183	Conjonctivite ptyectenulaire	-	-	-	-
87	Corps étrangers de la cornée	-	-	-	-
60	Corps étrangers sous conjonctival	-	-	-	-
314	Diplopie	-	-	-	-
214	Kératite	-	-	-	-
329	Larmoiement	-	-	-	-
54	Orgelet	-	-	-	-
335	Strabisme	-	-	-	-
374	Troubles visuels	-	1	-	-
369	Troubles de la vitrée	-	-	-	-
189	Ulcère de la cornée	-	-	-	-

## CHAPITRE n° VI c MALADIES DE L'OREILLE

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIES
201	Bourdonnements d'oreille	2	1	-	-
41	Céramen	-	-	-	-
93	Otalgies	-	-	-	-
170	Otite externe	-	-	-	-
11	Otite moyenne aiguë	-	-	-	-
253	Otosclérose	-	-	-	-

## CHAPITRE n° VII MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIE!
163	Arythmie	-	-	-	-
161	Athérome	-	-	-	-
132	Cardiopathie	-	-	-	-
27	Douleurs angineuses	3	3	-	-
261	Embolie des extrémités	-	-	-	-
69	Epistaxis	1	-	-	-
156	Hémorragie veineuse	-	1	-	-
134	Hémorroïdes	3	1	-	-
18	Hypertension	9	4	1	2
394	Hypotension	-	-	-	-
180	Infarctus du myocarde	-	1	-	1
147	Insuffisance cardiaque aiguë	-	-	-	-
31	Insuffisance cardiaque chronique	-	-	-	-
247	Insuffisance circulatoire	-	2	-	-
101	Artériosclérose	-	4	-	-
308	Ischémie artérielle	-	2	-	-
312	Myocardite	-	-	-	-
122	Oedème des pieds	-	-	-	-
107	Tachycardie	-	1	-	-
46	Thrombophlébite	4	4	-	-
413	Troubles du rythme	1	-	-	-
66	Ulcere de jambe	-	2	-	-
73	Varices	3	1	-	-
26	Vertiges	4	4	-	-

## CHAPITRE n° VIII MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIE!
9	Angydalites	-	1	2	-
44	Astme	-	1	1	-
99	Bronchite asthmatique	1	2	-	1
56	Bronchite aiguë	5	4	2	5
29	Coryza	-	4	-	-
34	Coqueluche	-	-	-	-
67	Empyème	-	1	1	-
138	Dyspnée	2	6	1	-
69	Epistaxis	1	-	-	-
85	Laryngites	-	3	2	-
78	Maux de gorge	-	1	-	-
377	Nez sec	-	-	-	-
113	Phlegmons	-	-	-	-
20	Pharyngite	1	-	-	-
38	Pneumonie	1	4	2	-
47	Rhinite	1	4	1	-
59	Sinusite frontale	2	1	2	-
3	Toux	5	12	1	2
186	Tuberculose pulmonaire	2	1	1	1

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIES
16	Autres abdominopathies	3	1	2	2
262	Achylie gastrique	-	-	-	-
431	Aérophagie	-	2	-	-
49	Aphtonse	-	-	-	-
32	Appendicite	-	2	1	1
178	Chéilite	-	-	-	-
152	Troubles après cholécystectomie	-	-	1	-
51	Cholécystopathie	-	1	1	1
77	Choléolithiase	-	3	-	-
234	Cirrhose du foie	-	-	1	-
361	Colite	4	3	-	1
21	Constipation	4	-	1	1
400	Problèmes dentaires	-	2	1	-
28	Douleurs épigastriques	10	11	4	-
36	Dyspepsie chez le nourrisson	-	-	-	-
277	Fissure anale	-	-	-	-
371	Flatulances	-	-	-	-
254	Glossite	-	-	-	-
106	Hépatite	1	-	-	1
204	Hernie épigastrique	1	1	-	-
45	Hernie inguinale	2	4	-	-
121	Hernie ombilicale	-	-	-	-
195	Incarcération herniaire	-	-	-	-
227	Sensation de brûlure de la langue	-	-	-	-
219	Météorisme	-	1	-	-
271	Nausées	-	-	1	-
114	Ocyurose	-	-	-	-
304	Pantéatopathie	-	-	1	-
97	Pyrosis	-	1	-	-
347	Saignement gingival	-	-	-	-
345	Sang dans les selles	-	2	-	-
39	Spasmes abdominaux	-	1	-	-
175	Stomatite	-	2	1	-
37	Ulcères peptiques	2	1	-	-
193	Vomissements	-	1	-	-
5	Vomissements et diarrhées	3	3	1	1

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIES
274	Annéxite aigüe	-	-	-	-
252	Annéxite chronique	-	-	-	-
433	Bactériurie	2	3	1	-
437	Blénnorragie	-	-	-	-
311	Brûlures uréthrales	-	-	-	-
117	Cystite	3	4	1	1
379	Douleurs testiculaire	-	-	-	-
90	Dysménorrhée	5	1	-	-
381	Ectopie testiculaire	-	-	-	-
137	Cervicite	-	1	-	-
283	Hydrocele testiculaire	-	1	-	-
199	Hypertrophie de la prostate	-	1	-	-
129	Aménorrhée	-	1	-	-
127	Leucorrhée	-	1	-	-
303	Méthrite	-	-	-	-
225	Myome utérin	-	-	-	-
188	Néphrolithiase	-	1	-	-
351	Néphropathie	1	1	1	-
286	Orchi - épidiéymite	-	1	1	-
330	Plaintes concernant la pilule	-	-	-	-
110	Pollakiurie	-	5	2	-
98	Endométrite	-	-	-	-
296	Polype du col	-	-	-	-
276	Phimosi	-	-	-	-
357	Proctalgie	-	-	-	-
82	Prolapsus utérin	2	-	-	1
407	Prostatisme	2	3	1	-
333	Prostatite	-	1	-	1
203	Pyelo - cystite	-	-	-	-
248	Pyélite	-	-	-	-
383	Rétrécissement uréthral	-	-	-	-
368	Stérilité	-	1	-	-
366	Troubles de l'érection	-	1	-	-
131	Troubles ménopausiques	-	-	1	-
250	Tumeurs bénignes des annexes	-	3	1	3
373	Ulcère du pénis	-	-	-	-
200	Vulvo - vaginite	-	2	-	-

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIE:	n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLI
148	Acné vulgaire	-	-	1	-	422	Ongle rongé	-	-	-	-
352	Acné rosacée	-	-	-	-	124	Otite externe	-	-	-	-
282	Alopecie	-	-	-	-	30	Panaris	-	-	-	-
364	Calvitie précoce	-	-	-	-	301	Pityriasis rosé	-	-	-	-
323	Chéloïde	-	-	-	-	205	Pityriasis versicolore	-	-	-	-
278	Chute des cheveux	-	-	-	-	173	Prurit anogénital	-	1	-	-
233	Cicatrices douloureuses	-	-	-	-	196	Prurit généralisé	1	2	1	-
340	Candéda	-	-	-	-	298	Psoriasis	-	-	-	-
120	Corps étrangers sous cutané	-	-	-	-	63	Pyodermite	-	-	-	-
104	Cors	-	-	-	-	159	Siborrhée	-	-	-	-
76	Dermatomyecose interdigitale	-	-	1	-	66	Ulçère de jambe	-	2	-	-
58	Dermatite aiguë	4	1	-	-	75	Urticaire	1	-	-	-
166	Dermatose	12	4	7	2	385	Vergetures	-	-	-	-
8	Eczéma	3	4	2	-	92	Verrues	-	-	1	-
141	Eczéma dishydrocypique	-	-	-	-	360	Vitiligo	-	-	-	-
75	Urticaire	2	1	-	-	105	Zona	-	1	-	-
267	Eczéma de la face	-	-	-	-						
108	Engelures	-	-	-	-						
206	Tumeur kénique de la peau	6	3	-	-						
339	Erythème polymorphe	-	-	-	-						
197	Erysipèle	4	-	-	-						
362	Erythème infectieux	-	-	-	-						
275	Ecanthème	-	-	-	-						
57	Excoriations	-	-	-	-						
223	Folliculite	-	-	-	-						
33	Furuncle	-	-	-	-						
48	Furunculose	-	-	-	-						
370	Gale	-	-	-	-						
52	Gerpuc	-	-	-	-						
109	Herpes	-	-	-	-						
187	Hyper - hydrose	-	-	-	-						
22	Impétigo	-	-	-	-						
182	Intertrigo	-	-	-	-						
327	Lichen plan	-	-	-	-						
151	Naevus	-	1	-	-						
151	Lipome	-	-	-	-						
260	Oedème de quincke	-	-	1	-						
222	Ongle incarné	-	-	-	-						

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIE
153	Anomalies de la marche	-	-	-	-
231	Anomalies posturales	-	-	-	-
71	Arthrose	15	8	2	-
266	Atrophie des muscles	-	-	-	-
376	Blocage articulaire	-	-	-	-
12	Arthropathie	-	1	-	-
176	Bursite aigüe	2	-	-	-
153	Craniotabes	-	-	-	-
324	Doigt à ressort	-	-	-	-
325	Douleurs osseuse	4	4	1	-
140	Entorse du genou	-	-	-	-
123	Epicondylite	-	-	-	-
354	Exostose	-	-	-	-
238	Faiblesse musculaire	-	1	-	-
307	Hallux valgus	-	-	-	-
372	Hernie discale	-	-	-	-
255	Hygroma	-	-	-	-
13	Lombalgies	2	8	-	-
289	Malformation de l'articulation oséo-fémorale	-	-	-	-
363	Méniscopathie	-	-	-	-
88	Monoarthropathie	-	-	-	-
2	Myalgies	2	-	-	-
343	Myélopathie	-	-	-	-
15	Névralgies	20	12	2	-
122	Oedème des pieds	-	1	-	-
435	Orteils déformés	-	-	-	-
171	Polyarthrite aigüe	-	-	-	-
55	Polyarthrite chronique	-	-	-	-
315	Prothèse articulaire	-	-	-	-
249	Tarsalgie	-	-	-	-
155	Ténoosynovite	-	1	-	-
295	Troubles par affaissement de la voûte plantaire	-	-	-	-
111	Troubles consécutifs aux pieds plats	-	-	2	-
172	Autres troubles statiques	-	1	-	-

n° ordre BRAUN	MORBIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIE
212	Bouffées congestives	-	-	-	-
313	Brides	-	-	-	-
10	Céphalées	1	3	1	-
43	Chéirobrachialgies paresthésiques	-	-	-	-
198	Crampes des membres inférieurs	-	1	-	-
224	Enflures pyogènes	-	-	-	-
128	Faiblesse généralisée	7	8	1	2
1	Fièvre	4	2	-	1
365	Hypoplasie mammaire	-	-	-	-
299	Incontinence	-	-	-	-
15	Lombalgies	20	12	2	2
145	Névrosisme	3	2	1	-
135	Palpitations	-	1	1	-
20	Pharyngites	1	-	1	1
288	Pieds froids	-	-	-	-
330	Plaintes concernant la pilule	-	-	-	-
235	Fièvre après vaccin	-	-	-	-
350	Ronflements	-	-	-	-
174	Convulsions	-	-	-	-
368	Stérilité	1	-	-	-
290	Fièvre pendant plusieurs semaines	-	-	-	-
17	Troubles polymorphes d'origine vraisemblablement non organique	-	-	-	-
24	Troubles polymorphes, traitements de courte durée	-	1	-	-
112	Troubles se présentant par accès	1	-	-	-

## CHAPITRE n° XVII ACCIDENTS EMPOISONNEMENTS ET TRAUMATISMES

n° ordre BRAUN	MORBIIDITES	VIVANTS	MORTS 58 - 72	MORTS 72 - 82	MORTS OUBLIES
35	Blessures infectées	-	-	-	-
191	Blessures légères	-	-	-	-
68	Morsures	-	-	-	-
94	Blessures minimes et commotions	-	-	-	-
150	Commotions isolées	-	-	-	-
6	Contusions	1	1	-	1
120	Corps étrangers sous cutané et sous inguéal	-	-	-	-
162	Corps étrangers orificiels	-	-	-	-
53	Foulures du pied	1	-	-	-
119	Autres foulures	-	-	-	-
179	Fracture de la clavicule	-	-	1	-
125	Fracture isolée des doigts	-	-	-	-
40	Fracture des os	-	-	-	-
331	Fracture radiale	-	-	-	-
202	Fracture de Dupuytren	-	1	-	-
42	Autres fractures	5	2	-	1
244	Hémarthrose	-	-	-	-
79	Hématomes	-	-	-	1
279	Intoxication médicamenteuse	-	-	-	-
211	Lésions par le froid	-	-	-	-
25	Lésions légères multiples	-	-	-	-
139	Lésions internes graves	-	-	-	-
92	Luxations	-	-	1	-
102	Plaies perforantes	-	-	-	-
64	Muscles froissés	-	-	-	-
221	Myalgies exogènes	-	-	-	-
65	Piqûres d'insecte	-	-	-	-
4	Plaies cutanées isolées	-	-	-	-
179	Section de tendons	-	-	-	-



Tous les autres chapitres comportent des résultats de consultation ayant concerné les 84 cancéreux.

- les résultats de consultation qui n'ont pas été rencontrés apparaissent ainsi clairement. Ce sont :

- . les maladies infantiles
- . les affections de la vue, qui, en région parisienne sont vues directement par l'ophtalmologiste, et échappent au docteur R..
- . des affections de fréquence généralement faible

En étudiant les listes A et B on constate qu'avant et après leur diagnostic le groupe des cancéreux se présente en médecine générale avec une polypathologie très variée du même type que celle de la population tout venant en médecine générale.

Cela confirme deux principes :

- en médecine générale, les occasions spontanées du diagnostic précoce des affections cancéreuses sont fréquentes
- du fait de sa connaissance des antécédents pathologiques des malades atteints de cancer et du fait même de sa compétence pour cette polypathologie, le médecin généraliste doit jouer un rôle de régulation et de coordination, rôle spécifique et important, dans l'équipe de thérapeutes qui sélectionnent l'ensemble des traitements et les modes de suivi du malade cancéreux.

### VII.3.2. Morbidités rencontrées après le diagnostic du cancer

Nous avons constitué une liste où se retrouve 62 morbidités rencontrées après le diagnostic. (liste c)

Elles sont regroupées selon les chapitres de l'OMS par ordre alphabétique, et selon les sous-groupes des cancéreux, les vivants et les morts.

./...

n° ordre BRAUN	MORBIDITES LISTE C	22 VIVANTS	62 M O R T S	TOTAL	ordre de fréquence	n° ordre BRAUN	MORBIDITES LISTE C	22 VIVANTS	62 MORTS	TOTAL	ordre de fréquence
	<u>Chapitre n°I</u>						<u>Chapitre n°VIC</u>				
	<u>Maladies infectieuses et parasitaires</u>						<u>Maladies de l'oreille</u>				
	Aboès	-	2	2	11		Bouclonnement d'oreille	0	1	1	12
	Bactériurie	1	2	3	10						
	Erysipèle	1	4	5	8		<u>Chapitre n°VII</u>				
							<u>Maladies de l'appareil circulatoire</u>				
	<u>Chapitre n°II</u>						Artériosclérose	1	0	1	12
	<u>Tumeurs</u>						Douleurs précordiales	0	1	1	12
	Tumeur bénigne de la peau	0	2	2	11		Epistaxis	0	1	1	12
	Tumeur bénigne	1	0	1	12		Hémorroïdes	1	0	1	12
							Hypertension artérielle	1	7	8	5
	<u>Chapitre n°III</u>						Tachycardie	0	1	1	12
	<u>Maladies endocriniennes de la nutrition</u>						Trombophlébite	1	0	1	12
	<u>et du métabolisme</u>						Varicos	0	1	1	12
	Amalgrissement	0	1	1	12		Vertiges	0	3	3	10
	Diabète sucré	0	4	4	9						
	Mastite	1	0	1	12		<u>Chapitre n°VIII</u>				
							<u>Maladies de l'appareil respiratoire</u>				
	<u>Chapitre n°IV</u>						Bronchite	0	5	5	8
	<u>Maladie du sang et des organes hématopo-</u>						Dyspnée	1	3	4	9
	<u>létiques</u>						Laryngite	1	8	9	4
	Anémie	0	2	2	11		Rhinite	0	4	4	9
							Sinusite	1	2	3	10
	<u>Chapitre n°V</u>						Pneumonie	1	1	2	11
	<u>Troubles mentaux</u>						Toux	2	3	5	8
	Anorexie	1	3	4	9						
	Dépression	3	5	8	5		<u>Chapitre n°IX</u>				
	Névrose d'angoisse	0	8	8	5		<u>Maladies de l'appareil digestif</u>				
	Psychose aiguë	1	1	2	11		Abdominopathie	0	2	2	11
	Psychose chronique	0	1	1	12		Colote	1	3	4	9
							Douleurs épigastriques	3	6	9	4
	<u>Chapitre n°VI</u>						Vomissements et diarrhées	0	3	3	10
	<u>Maladies du système nerveux</u>										
	Epilepsie	1	3	4	9		<u>Chapitre n°X</u>				
	Migraine	0	1	1	12		<u>Maladies des organes génitaux-urinaire</u>				
	Paresthésie	0	1	1	12		Cystite	0	3	3	10
							Dysménorrhée	1	0	1	12
							Leucorrhée	1	0	1	12
							Néphropathie	0	1	1	12
							Orchi-épididymite	2	0	2	11

n° ordre BRAUN	MORBIDITES <u>LISTE C</u>	22 VIVANTS	62 MORTS	TOTAL	ordre de fréquence
	<u>Chapitre n°X suite</u>				
	Tumeur bénigne des annexes	1	0	1	12
	Troubles sexuels	1	1	2	11
	Vaginite	0	1	1	12
	<u>Chapitre n°XI</u>				
	<u>Maladies de la peau et du tissu sous cutané</u>				
	Dermatose	0	4	4	9
	Eczéma	0	2	2	11
	Folliculite	0	1	1	12
	Prurit	2	4	6	9
	Prurit génital	0	1	1	12
	<u>Chapitre n°XII</u>				
	<u>Maladies du système ostéo articulaire</u>				
	Arthrose	1	12	13	2
	Douleurs osseuses	4	5	9	3
	Myalgies	0	1	1	12
	Névralgies	4	21	25	1
	Ténosinovite	1	1	2	11
	<u>Chapitre n°XIII</u>				
	<u>Symptômes et états morbides mal définis</u>				
	Céphalées	0	3	3	10
	Faiblesse générale	2	4	6	7
	<u>Chapitre n°XIV</u>				
	<u>Accidents -Empoisonnement-Traumatisme</u>				
	Fracture de la clavicule	0	1	1	12
	Fracture	2	5	7	6
	Luxations	0	1	1	12

VII.3.3. Comparaison des morbidités rencontrées avant et après le diagnostic dans l'ensemble du groupe des cancéreux

La liste B incluant les nombres de la liste C, on peut voir la répartition des morbidités avant et après le diagnostic du cancer

Troubles mentaux

	<u>Nombre des morbidités avant et après le diagnostic de cancer</u>	<u>Après le diagnostic seulement</u>
Dépression	16	8
Névrose d'angoisse	10	8
Anxiété	6	0
Épuisement nerveux	4	4
Psychose aiguë	2	2
Psychose chronique	2	2
Alcoolisme	5	0

Chez ces 84 malades, on voit que la moitié des dépressions apparaît médicalement après le diagnostic du cancer, ainsi que 8 sur 10 des névroses d'angoisse, la totalité des états d'épuisement nerveux et des états psychotiques. Par contre l'anxiété a disparue comme pathologie autonome.

Tout se passe comme s'il n'apparaît pas de névrose d'angoisse chez les malades encore en vie, mais plutôt une dépression qui figure d'ailleurs à la 6<sup>e</sup> place des morbidités les plus fréquentes des "morituri" cancéreux.

L'angoisse de la mort est elle finalement refoulée derrière des manifestations plus organiques pendant la période de survie très brève des malades.

Faut-il que cette survie se prolonge pour que les malades parlent de leurs angoisses qui prennent alors plutôt l'aspect d'une dépression?

En tout cas se confirme ici que les cancéreux ayant survécu à leur maladie ne sont plus tout à fait des "malades comme les autres".

En ce qui concerne l'alcoolisme, qui disparaît chez les cancéreux diagnostiqués, il ne remplit plus son rôle d'échappatoire aux réalités quotidiennes.

#### Maladies du système nerveux

- Névralgies : avant et après le diagnostic : 32  
: après le diagnostic seulement: 25

Les trois quarts des névralgies sont notées après le diagnostic du cancer, ce qui prend de la signification en comparant ce résultat avec les modifications survenant dans le chapitre sur les maladies du système ostéo articulaire

#### Maladies du système ostéo articulaire

	<u>avant et après le diagnostic</u>	<u>après le diagnostic seulement</u>
Arthrose	25	13
Lombalgies	10	0
Myalgies	2	0

Après le diagnostic de cancer, on voit disparaître les mentions de lombalgies et de myalgies, et se réduire de moitié celle des arthroses. Corrélativement, des dénominations nouvelles apparaissent, comme "névralgies" ou "douleurs osseuses".

Tout se passe comme si la notion d'un cancer change simplement l'étiquette mise sur la plainte concernant une douleur. On perçoit là un phénomène qui semble fréquent et du plus haut intérêt quant à la relativité des concepts diagnostiques en médecine

./...



Cette infection cutanée, devenue très rare dans la population générale avec l'emploi des antibiotiques, trouve-t-elle un terrain privilégié chez les cancéreux.

J'ai donc cherché à voir si l'on pouvait établir une relation entre les cas d'érysipèle et les autres morbidités au sein d'une même fiche. Or, j'ai constaté que tous les cas d'érysipèle se rattachent à des cancers du sein traités par chirurgie et ayant subi un Halstedt.

Comme il arrive souvent après cette intervention, les malades présentaient une lymphangite et un œdème du bras, la stase lymphatique pouvant être à l'origine de la facile pullulation streptococcique.

Cette notion m'a été confirmée par le docteur R... qui m'a précisé la fréquence de ce problème. Or, il n'en avait jamais été question dans mes cours, ni de cancérologie, ni de pathologie infectieuse.

C'est là, soit dit en passant, un exemple simple de l'intérêt didactique d'un enseignement de médecine générale.

#### VII.3.4. Comparaison entre les morbidités les plus fréquentes selon la composition du groupe des malades étudiés

- la population "tout venant" consultant en médecine générale
- les malades décédés dans la clientèle étudiée en 22 ans de pratique
  - les "morituri" par cancer dans cette même clientèle
  - les cancéreux vivants soignés par ce médecin.

Nous disposons de deux statistiques fournies par le docteur R.N. Braun établies selon sa nomenclature par ordre de fréquence pour les années 1955-1959 et 1977-1980.

Ces statistiques concernent les résultats de consultations dans une

./...

TABLEAU VII.3.4

## LES DIX MORBIDITES LES PLUS FREQUENTES

<u>colonne 1</u>	<u>colonne 2</u>	<u>colonne 3</u>	<u>colonne 4</u>	<u>colonne 5</u>
<u>CONSULTATIONS DU DOCTEUR BRAUN</u>		<u>MOPITURI DU DR. TEBOUL</u>	<u>CANCEREUX DECEDES</u>	<u>CANCEREUX VIVANTS</u>
1955 - 1959	1977 - 1980	1958 - 1980	1958 - 1982	1958 - 1982
			(néoplasmes)	(néoplasmes)
1 Fièvre	1 Fièvre	1 Autres troubles	1 Dermatoses	1 Névralgies
2 Myalgies	2 Hypertension artérielle	2 Diabète sucré	2 Névralgies	2 Arthrose
3 Toux	3 Myalgies	3 Arthropathies	3 Toux	3 Dermatose
4 Plaies cutanées isolées	4 Arthropathies	4 Hypertension artérielle	4 Arthrose	4 Douleurs épigastriques
5 Vomissements-diarrhées	5 Névralgies	5 Néoplasmes	5 Douleurs épigastriques	5 Hypertension artérielle
6 Contusion	6 Toux	6 Douleurs précordiales	6 Bronchite	6 Dépression
7 Abscess	7 Lombalgies	7 Lombalgies	7 Faiblesse générale	7 Tumeurs bénignes
8 Angines tonsillaires	8 Troubles polymorphes	8 Névrose d'angoisse	8 Névrose d'angoisse	8 Lymphadénite aigüe
9 Céphalées	9 Insuffisance cardiaque chronique	9 Autres abdominopathies	9 Observations et soins du patient	9 Faiblesse générale
10 Otites moyennes	10 Vomissements-diarrhées	10 Epuisement nerveux	10 Ganglions	10 Tumeurs bénignes de la peau



clientèle de médecine générale autrichienne selon la règle de répartition régulière des cas. L'ordre de fréquence trouvé en Autriche a suffisamment d'analogies avec celui qu'on trouve en France pour garder sa valeur comparative.

Nous disposons aussi de la liste des morbidités relevées selon la nomenclature du docteur R.N.Braun dans le fichier du médecin généraliste dont nous étudions la pratique concernant l'ensemble de ses malades décédés en 22 ans d'exercice.

Cette liste a été publiée avec l'ordre des fréquences dans la thèse de Madame le docteur Teboul. Nous pouvons donc en extraire les dix positions morbides les plus fréquentes.

Nous avons donc dressé cette liste des fréquences selon la nomenclature du docteur R.N.Braun, tant pour les cancéreux vivants que pour les cancéreux décédés.

L'usage d'une nomenclature homogène permet la comparaison des morbidités à partir du tableau ci-après :

on distingue les faits suivants :

1°- colonne 1

les 10 positions morbides les plus fréquentes en médecine générale faisaient partie entre 1955 et 1959 de la pathologie infectieuse (fièvre, toux, abcès etc..) de la pathologie traumatique (myalgies, contusions, plaies cutanées) et des plaintes algiques (céphalées)

2°- colonne 2

entre 1977 et 1980, la pathologie cardiovasculaire et fonctionnelle apparaît parmi les 10 premières positions.

3°- colonne 3

chez les décédés toutes causes étudiés par Madame le docteur Teboul, dominant :

- . la pathologie fonctionnelle  
    métabolique  
    cardiovasculaire
- . les tumeurs en 5° position

## . la pathologie psychiatrique

La pathologie infectieuse et traumatique a fait place à une pathologie d'usure physique et psychique

4°- colonne 4

dans le sous-groupe des cancéreux décédés sa morbidité la plus fréquente est identique à ceci près que la pathologie cardiovasculaire ne fait plus partie des dix morbidités le plus souvent mentionnées.

5°- colonne 5

chez les cancéreux vivants les morbidités les plus rencontrées sont semblables à celles des deux sous-groupes précédents, à ceci près que la pathologie dermatologique passe au plan des dix morbidités les plus fréquentes.

Ce qui nous paraît important à souligner est la présence de la névrose d'angoisse ou de la dépression parmi les dix résultats de consultation la plus fréquemment rencontrée dans cette pratique de médecine générale chez tous les cancéreux, comme d'ailleurs, chez tous les malades de la clientèle qui sont morts en 22 ans de pratique.

Sachant l'importance du soutien chez ces malades, et en particulier l'aide morale très soutenue dont ils ont besoin sur le plan psychiatrique, y a-t-il un avantage théorique ou matériel à confier cette tâche à un psychiatre attaché au centre hospitalier ?

Ces malades ont une demande de soutien constant par une personne en qui ils ont confiance, dont ils ont l'habitude, et qui soit disponible.

C'est la définition même du médecin généraliste qui nous semble convenir, à la fois comme référentiel stable et disponible auprès du malade mais également au sein de l'équipe hospitalière, comme source de renseignements indispensables pour appréhender mieux et plus vite le malade dans l'ensemble de ses problèmes existentiels et médicaux, ainsi qu'en tant que liaison entre l'hôpital et le malade.

En effet, ce dernier a besoin de comprendre d'une façon qui lui soit

./...

personnellement adaptée, sa maladie et son traitement pour participer positivement à son traitement.

Rappelons que le généraliste s'expose de part sa disponibilité permanente qui fait partie de sa fonction, à toutes les conséquences des faux pas éventuels vis à vis de la demande réelle du malade et de sa famille, ce qui le rend attentif à résoudre chaque cas de façon adaptée, autant que faire se peut.

En conclusion de ce chapitre, il nous paraît important de souligner la pluralité des morbidités enregistrées chez les malades cancéreux, pluralité qui doit resituer la place éminente du médecin généraliste auprès de ces malades.

D'une part la fréquence des occasions des rencontres confirme l'idée communément admise selon laquelle c'est en médecine générale que l'occasion de voir s'exprimer les symptômes d'appel d'un cancer débutant sont les plus fréquents.

D'autre part, sa connaissance du terrain pathologique propre à chaque malade fait du généraliste un auxiliaire précieux dans une équipe de soins correctement informée autour de chaque patient.

Enfin, la charge psychologique que subit le cancéreux, comme d'ailleurs tout malade menacé dans sa vie, rend souhaitable la présence d'un médecin toujours disponible et bien connu du patient.

VIII. LA FAMILLE DU MALADE CANCEREUX

::::::::::::::::::::

DANS SES RAPPORTS AVEC LE MEDECIN

::::::::::::::::::::

GENERALISTE : SA PATHOLOGIE MEDICALE

::::::::::::::::::::

VIII. LA FAMILLE DU MALADE CANCEREUX DANS SES RAPPORTS AVEC LE  
MEDECIN GENERALISTE : SA PATHOLOGIE MEDICALE

Le cancer est une des maladies les plus angoissantes et la plus mal vécue par la société de nos jours, peut être plus que jamais.

La famille du cancéreux joue un rôle essentiel dans la qualité de la survie du malade, et, peut être, dans la durée de survie, selon la façon dont elle intervient auprès du patient, elle l'aidera ou non, à vivre le mieux possible physiquement mais surtout psychologiquement son cancer.

C'est pourquoi nous avons jugé intéressant d'étudier le comportement de la famille du cancéreux, essentiellement le conjoint, en fait.

En ce qui concerne les patients décédés, nous avons repris, en partie, le travail fait par Madame le docteur Teboul dans sa thèse de 1980. Nous avons modifié légèrement les données chiffrées recueillies par Madame le docteur Teboul en ajoutant les patients décédés entre 1980 et 1982.

Nous avons évalué la demande de soin de la famille en relevant la fréquence des consultations annuelles et les différentes morbidités présentées, après la découverte du cancer du conjoint.

Nous avons effectué le même travail chez les cancéreux encore en vie.

Le tableau ci-contre regroupe les résultats de notre étude :

- on voit que le médecin a soigné la famille des malades cancéreux pendant 10 ans en moyenne
- la probabilité pour que la famille quitte le médecin après la mort du malade cancéreux est de 19%, chiffre voisin de la moyenne des départs après le décès d'un membre de la famille.

Elle est de 0% en ce qui concerne les malades vivants.

./...

	MORTS Toutes causes confondues	morts par cancer	VIVANTS atteints de cancer
Ancienneté moyenne des patients dans la cheutele	7,1 an	4 ans	9 ans
Ancienneté moyenne de la famille du malade dans la cheutele.	17 ans	10,3 ans	11,5 ans
Nombre de malades dont la famille a quitté le praticien, après la mort ou après le diagnostic du cancer.	18%	19%	0%
Fréquence des consultations annuelles de la famille avant et après le diagnostic.		2,3 / 1,8	1,9 / 1,7

la Famille des malades cancéreux =  
le phénomène "médecin de famille".

Il semble que le décès soit vécu comme un échec thérapeutique, consciemment ou non, alors que le médecin ne semble pas être mis en doute, quant à sa valeur professionnelle, tant que le patient est encore en vie.

On voit également que la fréquence annuelle des consultations varie très peu.

En fait, le conjoint est très souvent visité à domicile en même temps que le malade cancéreux.

Les morbidités des conjoints par ordre de fréquence sont les suivantes :

- algies diverses (
- colite )
- fatigue (
- dépression )
- malaises (
- nervosité )
- troubles digestifs (
- coronarite )
- troubles du sommeil (
- intoxication alcoolique (
- psychose du cancer )
- conflit familial (

Les morbidités regroupées par accolade présentent les mêmes fréquences d'apparition.

Cette pathologie est avant tout une pathologie de l'angoisse et de la difficulté à vivre la situation présente. Ou bien les troubles sont formulés consciemment, ou bien ils se cachent derrière une pathologie fonctionnelle telle que colite, algies, troubles digestifs.

Finalement, on voit ici toute l'ampleur du phénomène "médecin de famille".

Dans le cas du cancer, le médecin généraliste se doit de réserver à

la famille du cancéreux une écoute particulièrement attentive afin de ne pas passer à côté de conflits psychologiques graves révélés par la maladie, ou débutant à son occasion.

De même, il est bon de signaler que sur 84 malades cancéreux soignés par le médecin, cinq couples ont été atteints de cancer à 2 ans ou plus de distance.

./...



IX. LES DIFFERENTS SIGNES D' APPEL

:~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~:::

POUVANT FAIRE SUSPECTER UNE

:~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~:::

MALADIE CANCEREUSE

:~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~::~:::

## IX. LES DIFFERENTS SIGNES D'APPEL POUVANT FAIRE SUSPECTER UNE

### MALADIE CANCEREUSE

Tous les travaux portant sur le dépistage précoce de la maladie cancéreuse s'accordent pour donner au médecin généraliste une place de premier plan.

Celui ci semble en effet être le premier "responsable de santé" vers lequel se tourne le malade lorsqu'il ressent un trouble physique ou psychique qui l'inquiète.

Parmi tous les signes d'appel, le médecin doit être à même de découvrir celui qui doit faire l'objet d'investigations plus poussées.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à la nature des troubles qui ont fait consulter les malades de notre clientèle et qui ont alerté le médecin généraliste.

Ceci est en fait une étude rétrospective puisque nous n'étudions que les fiches de cancers diagnostiqués et que nous avons relevé le signe qui nous paraissait le plus probable d'après la nature du cancer.

C'est ainsi que dans certains cas, le premier signe d'appel n'a pas été celui qui a fait découvrir la maladie.

La liste qui suit montre les différents signes cliniques et leur fréquence pour chaque type de cancer.

<u>Pulmonaire</u>	dyspnée : 2
	toux : 2
	bronchite chronique : 2
	toux et amaigrissement : 2
	hémoptysie : 4
	radiographie : 2

./...

- le motif des demandes de radiographie n'a pas été mentionné sur les fiches
- devant une bronchite chronique très ancienne, quel a été le signal qui a fait demander d'autres examens ?
- la toux est un signe clinique des plus fréquent devant lequel on ne peut pas demander des examens radiographiques et bronchoscopiques itératifs. Pourtant, rétrospectivement, on pourrait reprocher au médecin de ne pas en avoir tenu compte.

OESOPHAGE

dysphagie : 2  
toux : 1

Estomac

douleurs épigastriques et amaigrissement : 2  
douleurs épigastriques et terrain alcoolique : 1  
surinfection pulmonaire : 1

Colon

syndrome subocclusif : 1  
douleurs abdominales et altération de l'état général : 1

Rectum

hémorroïdes : 1  
adénopathie inguinale : 1

Foie

infection urinaire ayant fait procéder à un examen clinique avec palpation abdominale et découverte d'une hépatomégalie

- on voit que dans ce cas on est loin des signes classiques de dépistage qu'on apprend en faculté

hépatomégalie : 1  
ascite (cirrhose) : 1

Sein

autopalpation : 7  
écoulement sanglant par le mamelon : 1  
rétraction du mamelon : 2  
surveillance d'une mastopathie bénigne

A l'heure du lancement des campagnes en faveur du dépistage par les femmes du cancer du sein, on voit ici se confirmer l'importance de l'autopalpation.

<u>Vessie</u>	rétention urinaire et hématurie : 2 pollakiurie : 1
<u>Prostate</u>	pollakiurie : 1 hématurie : 1 insuffisance rénale aigüe : 1
<u>Rein</u>	hématurie : 1
<u>ORL</u>	dysphonie : 1 dysphonie et adénopathies : 1
<u>Ovaire</u>	métrorragies, mais en fait seule une cholecystite aigüe est à l'origine d'une échographie vésiculaire qui a fait vraiment découvrir le cancer
<u>Utérus</u>	métrorragies : 2
<u>Cutané</u>	naevus : 3
<u>Hématologique</u>	tuméfaction du flan gauche adénopathies axillaires signe non mentionné dans 4 cas
<u>Cerveau</u>	bilan d'insuffisance cérébrale
<u>Osseux</u>	bilan d'une paraplégie soudaine

On voit ici qu'à coté de signe d'appel très classique, existent des signes devant lesquels, seule, l'expérience du médecin, la bonne connaissance "clinique" du malade, et aussi un facteur intuitif, peuvent

./...

faire suspecter une maladie évolutive grave.

Par ailleurs, on constate aussi que le signe d'appel peut être trompeur, mais à l'origine d'une découverte d'examen qui conduira à une investigation.

Il en résulte la nécessité de ne jamais clore un dossier sur un pseudo-diagnostic nullement assuré, et de bien savoir, chaque fois ce qu'il en est de ce que l'on sait d'un malade donné.

./...

C O N C L U S I O N

: = : = : = : = : = : = : = : = :

## CONCLUSION

Au terme de ce travail, portant sur l'ensemble des maladies cancéreuses dans une clientèle de médecine générale, on peut faire quelques remarques :

1°- tout d'abord, il faut rappeler que les bases de notre travail a été le fichier d'un médecin généraliste de la banlieue parisienne exerçant depuis 24 ans, et dont nous avons collecté les fiches des malades cancéreux, soit 85 fiches.

Ce petit nombre explique que nos résultats chiffrés ne peuvent avoir de valeur statistique.

Il s'agissait seulement pour nous de tester une méthodologie, une enquête d'observation dans la pratique d'un seul médecin généraliste.

2°- Il résulte de ce travail une série de perceptions concernant le problème du cancer dans la réalité quotidienne d'une pratique généraliste.

La population des malades cancéreux dans une clientèle de médecine générale est homogène par certains aspects, hétérogène par d'autres :

### a) les caractères homogènes

- le délai entre le premier signe évocateur et le diagnostic du cancer est court en règle générale, un à deux mois
- la durée de survie des malades n'a guère été modifiée de façon sensible du point de vue de ce cabinet généraliste, entre 1958 et 1982

- la fréquence de fréquentation du cabinet médical est similaire pour tous avant le diagnostic, baisse dans les deux années qui suivent le malade étant pris en charge par les institutions spécialisées, la fréquentation remonte ensuite à son taux normal après la deuxième année en cas de survie prolongée.

- l'ancienneté des malades dans la clientèle connue, l'âge moyen du diagnostic et celui du décès augmentent avec la durée d'exercice et l'âge du praticien comme si un noyau de population restait agrégé autour du généraliste confirmant ainsi la notion de "compagnie d'investissement mutuel" explicitée et confirmée par ailleurs par Michael Balint.

- ce "vieillissement" dans l'âge du diagnostic est similaire dans les deux sexes





Cette différence en faveur du sexe féminin semble liée surtout au pronostic meilleur dans le cancer du sein qui est le plus fréquent chez les femmes

- il y a une légère amélioration de la durée de survie après métastases dans les deux sexes après 1972, date classée par nous comme ayant vu se généraliser l'emploi des chimiothérapies dans les cancers généralisés de manière perceptible en médecine générale

- il y a une différence dans la demande quantitative de soins spécialisés selon le type de cancer. Cette demande est maximale pour les cancers ORL, minimale pour les cancers du sein

- jusqu'en 1982 la chimiothérapie reste essentiellement le traitement des cancers ayant dépassé le caractère d'accessibilité aux seuls traitements chirurgicaux et radiothérapeutiques

- du point de vue de la relation médecin-malade, un sous-groupe de malades se distingue des autres. C'est celui des malades non insérés véritablement dans la clientèle et pour lesquels le "médecin traitant véritable" est le spécialiste. Il en résulte que le généraliste ne se sent pas véritablement responsable, concerné, au point qu'il ne retire pas spontanément du fichier général la fiche de ces malades après leur décès. Cependant, ni le délai entre le premier signe évocateur et le diagnostic de cancer, ni la survie moyenne ne s'en trouvent modifiés

- du point de vue de la mortalité, le groupe des cancéreux représente le groupe le "plus lourd à porter en médecine générale" Chaque année la moitié des décès dans la clientèle de ce médecin est due au cancer.

Dans ce même ordre d'idée, on note que un cancéreux sur quatre dans cette clientèle est actuellement parmi les vivants. Il y a chaque année 3,5 cas nouveaux en moyenne et 3 décès. En 22 ans il s'est constitué une moyenne de 13 cas présents chaque année.

- du point de vue des catégories socio-professionnelles, les ouvriers et les employés sont plus nombreux que les cadres parmi les cancéreux décédés, mais les employés et les cadres ont les mêmes taux de survie

- les âges de diagnostic de cancer sont inférieurs dans ce cabinet de médecine générale aux âges moyens de diagnostic recensés

./...

dans les statistiques départementales, et ceci dans les deux sexes.

- du point de vue de leur morbidité générale, le groupe des malades atteints de cancer est homogène de par la polypathologie par laquelle il rejoint la population générale et aussi par la fréquence des troubles psychiatriques sévères par lesquels il rejoint la pathologie constatée en médecine générale chez l'ensemble des malades dont la vie est menacée.

- du point de vue de son rôle comme médecin de famille, nous avons vu que la famille des cancéreux est soignée en moyenne depuis 10 ans environ, que sa fréquence de consultations après le diagnostic ne change pas mais que 19% des familles quittent le praticien après le décès de leur parent cancéreux. Cette moyenne est identique à celle constatée dans les décès par toutes morbidités confondues. Quant à la pathologie traitée, c'est avant tout celle de l'angoisse et de sa difficulté à vivre la situation, que ce soit de façon manifeste par des troubles psychologiques ou de façon implicite par des manifestations fonctionnelles.

- du point de vue des signes d'appel ayant amené des signes de cancer on constate deux points d'homogénéité le rôle de l'autopalpation dans la cancérologie mammaire et le caractère souvent trompeur des premiers signes d'appel dans les autres localisations **cancéreuses**, ce qui invite au respect d'une règle qui devrait être générale en médecine : ne pas clore un dossier sur un pseudo diagnostic supposé, mais de toujours savoir exactement où l'on s'arrête et pourquoi, dans les procédures de confirmation scientifique qui doivent toujours relever d'une claire stratégie de la décision.

./...

3°- Ce travail avait deux buts principaux :

- renseigner aussi précisément que possible, par des données chiffrées un médecin généraliste sur l'importance du phénomène "cancer" dans sa clientèle, et, par là, de donner un aperçu de référence pour d'autre clientèle de médecine générale

- faire connaître la possibilité et l'intérêt de travaux faisant participer des médecins généralistes à la recherche médicale, selon des méthodes appropriées à leur fonctionnement et avec un matériel personnalisé. En effet, la progression inquiétante de la maladie cancéreuse a rendu nécessaire un consensus de recherche et d'étude qui a placé le généraliste parmi les premières places de la lutte contre le cancer. La presse médicale depuis quelques temps, n'a cessé de préciser et de reconnaître la valeur de l'omnipraticien dans ce domaine.

Nous citerons à cet effet le professeur Michel Boiron, de l'hôpital Saint Louis, dans l'éditorial qu'il vient de consacrer à une nouvelle revue de cancérologie spécialement étudiée pour les médecins généralistes : (12)

"Ils (les généralistes) sont les premiers intéressés dans la prévention du cancer.... ils sont aux avant-postes du dépistage précoce et ultra-précoce du cancer ....ce sont eux qui découvrent les cancers, font pratiquer le premier bilan, orientent les malades .... après la mise en oeuvre du traitement multidisciplinaire, ce sont eux qui auront à surveiller l'évolution, à dépister d'éventuelles rechutes. Et s'il se produit une phase de complication et d'évolution péjorative, ce sont toujours eux qui seront mis à contribution.... ce sont eux qui ont à prendre souvent les décisions les plus importantes, et ce sont eux qui doivent être prioritairement formés et informés des problèmes cancérologiques ....."

Il résulte de notre travail que si la nécessité d'une formation cancérologique sérieuse ne peut être mise en doute, nous tenons à souligner ici qu'elle ne doit pas être dissociée de la participation active

du médecin généraliste aux programmes de recherche, contre le cancer, dans le cas présent.

C'est pourquoi il nous semble important de mettre en place des structures d'études permettant aux généralistes d'apporter une contribution efficace et active à une meilleure connaissance et par là, un meilleur traitement de la maladie, tout en leur laissant la possibilité matérielle de s'occuper de leur clientèle.

Cette nouvelle perspective de travail s'avère d'autant plus souhaitable à l'aube de l'entrée de l'informatique dans les cabinets des praticiens. Ceux-ci ne doivent pas y voir uniquement un progrès dans la gestion de leur fichier, ce qui ne serait en tirer qu'un bien mince avantage.

En fait la microinformatique doit permettre la multiplication des échanges entre praticiens, perfectionner leur méthode d'évaluation, et ainsi de fournir la possibilité de s'intégrer activement et au nom de leur discipline dans les programmes de recherche.

C'est peut être le début d'une autre médecine générale, émergeant vers la recherche et la compréhension de sa pratique, tournée vers l'avenir, mais conservant les acquis d'une longue expérience sur le terrain.

.../.

§:§:§:§:§:§:§:§:

TABLE DES MATIERES

	page
I - <u>INTRODUCTION</u>	5
II - <u>METHODE DE TRAVAIL</u>	7
II - 1 - Le champ d'étude	9
II - 2 - La démarche technique	10
II - 3 - Extraction des données inventoriables	11
II - 4 - Problèmes liés au recueil des données	15
III - <u>LE GROUPE DE MALADES ATTEINTS DE CANCER ET DECEDES ENTRE 1958 et 1982</u>	17
III - 1 - Problèmes théoriques préalables	20
III - 2 - Etude des 2 sous-groupes de malades décédés entre 1958 et 1982, avant et après la généralisation des chimiothérapies anti-cancéreuses	24
III - 3 - Etude des types de cancer en fonction des différents paramètres et de façon comparative avant et après la généralisation des chimiothérapies anti-cancéreuses	26
III - 4 - Examens complémentaires et consultations spécialisées ; consommation de soins des cancéreux	41
III - 5 - Les différents types de traitement proposés aux malades cancéreux pendant une période de 20 ans, du point de vue d'un cabinet de médecine générale	47
IV - <u>ETUDE DU SOUS GROUPE DES MALADES DECEDES DE CANCER ET OUBLIES DANS LE FICHER GENERAL</u>	56
IV - 1 - Rappel des données	57
IV - 2 - Etude générale du sous-groupe des 16 malades cancéreux décédés et oubliés dans le fichier	57
V - <u>ETUDE DU SOUS-GROUPE DES MALADES CANCEREUX ENCORE EN VIE EN JUIN 1982</u>	70
V - 1 - Rappel de la méthodologie de travail	72
V - 2 - Première approche	72
V - 3 - Etude du sous-groupe des cancéreux vivants selon les différents paramètres	80
V - 4 - Etude du recours aux consultations spécialisées et aux examens complémentaires	87
V - 5 - Etude des traitements des malades cancéreux encore en vie	91

VI -	<u>LES CANCEREUX EN TANT QUE "GROUPE SPECIFIQUE DANS UNE CLIENTELE DE MEDECINE GENERALE</u>	96
VI - 1 -	Evolution numérique de ce groupe dans la clientèle étudiée entre 1958 et 1982	99
VI - 2 -	Comparaison suivant différentes variables du groupe de cancéreux vivants et des cancéreux décédés	105
VI - 3 -	Comparaison des différents paramètres caractérisant le groupe des malades cancéreux	111
VI - 4 -	Les appels aux gestes techniques	117
VI - 5 -	Les traitements	119
VII -	<u>LE PROBLEME DES AUTRES PATHOLOGIES RENCONTREES CHEZ LES MALADES CANCEREUX</u>	120
VII - 1 -	Remarques liminaires	122
VII - 2 -	Problèmes théoriques rencontrés	123
VII - 3 -	Répertoire de morbidité "tout venant" Liste A par ordre de fréquence liste B selon les 17 chapitres de l'OMS Liste C morbidités rencontrées après le diagnostic de cancer Comparaison avant et après le diagnostic de cancer Comparaison par fréquence selon les compositions du groupe des malades étudiés	126
VIII -	<u>LA FAMILLE DU MALADE CANCEREUX DANS SES RAPPORTS AVEC LE MEDECIN GENERALISTE : SA PATHOLOGIE MEDICALE</u>	150
IX -	<u>LES DIFFERENTS SIGNES D'APPEL POUR FAIRE SUSPEC- TER UNE MALADIE CANCEREUSE</u>	150
X -	<u>CONCLUSION</u>	160

BIBLIOGRAPHIE

- I) " Approche pour une reflexion sur sa pratique par le medecin et son stagiaire à partir du fichier actuel des medecins generalistes".  
Thèse du Dr TEBOUL-BISMUTH  
1981 BOBIGNY
- 2) " Pratique , critique et enseignement de medecine generale ".  
RN BRAUN  
PAYOT 1979
- 3) Concertation nationale sur le cancer. Synthèses thematiques,  
Janvier 1983. Tome VI " Dans la maladie, des chances inegales ".  
Dr Th THURZ (Page 7.8.9)
- 4) Presentation et analyse des données cancerologiques. Mortalité  
par cancer en France. Resultats et survie à long terme.  
INSERM 1968.1975.1978.
- 5) Concertation nationale sur le cancer. Synthèses thématiques,  
Janvier 1983. Tome XI " Depistage et cancer ".  
DR SCHAFFER (Page 3.4)
- 6) Omnipraticiens et cancers  
HOERNI B. LAGARDE C.  
BORDEAUX Med 1977. IO. 33I. 40. chap V  
Page 27. 28
- 7) Omnipraticiens et cancers  
HOERNI B. LAGARDE C.  
BORDEAUX Med 1977. IO. 33I. 40. chap II  
Page I4.
- 8) Preventions en cancerologie, guide pour les medecins generalistes  
HOERNI B. CHASSAIGNE.  
BORDEAUX Med 1983. I6. 697. 736.
- 9) Medecins generalistes et cancers. Revue du praticien.  
PARIS 1983. 33. 2929. 2962.
- IO) Annuaire des statistiques sanitaires et sociales  
INSERM 1970. 1976
- II) Nomenclature codée des resultats d'examen en médecine générale  
RN BRAUN 1977. 1980  
Publiée dans " Documents de recherches en médecine générale.  
SFMG 1982. N° 6.
- I2) " Thérapeutiques" n° 44. Mai,juin 1984.

BIBLIOGRAPHIE non citée dans la thèse ayant servi de base de réflexion

- I) Abord psychologique du malade cancéreux  
LACHARME 1981 74 RENNES
- 2) Cancer et psychologie  
P.REVIDI PARIS PITIE 1979
- 3) CIRC.IARC seminaire sur les problèmes d'actualité en épidémiologie  
du cancer.  
BRUXELLES 2.13 juin 1975
- 4) Concertation nationale sur le cancer  
Synthèses thématiques janvier 83, thèmes de I à XIII
- 5) Enquête du département " population-ménage de l'INSEE.  
G.DESPLANQUES tonus n° 818 page 17.18.19.
- 6) Epidémiologie " cancer du doubs ".  
KINGLER 78 bes 68.
- 7) Epidémiologie " cancer haut rhin ".  
MULLER J. 82 str 84.
- 8) "Le praticien face au cancer"  
Impact médecin I2/II/83 page 51 à 57.
- 9) "Pas d'égalité devant la mort".  
G.MORICE. Sciences et vie n°800.
- 10) "Qualité de vie et cancer du sein".  
Quel role pour le médecin de famille  
Tonus n°886 page 5.6.7.
- II) "Registre bas rhinois des tumeurs".  
ARFEUX 1977 STRASBOURG.
- I2) "Registre des cancers du Calvados".  
DUMARCHE-THIN 80 CAEN 768.  
VABRET 82 CAEN IO