

**UNIVERSITE RENE DESCARTES  
( PARIS V )**

**Président Professeur DAUMARD .P**

**DEA ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE**  
Directeur de la formation doctorale : **Professeur Christian HERVE**

Promotion 2000-2001

TITRE DU MEMOIRE :

**COMITE DE CANCEROLOGIE DES VOIES  
AERO- DIGESTIVES SUPERIEURES :  
PLACE DE L'ODONTOLOGISTE**

Présenté par **Hervé MOIZAN**

Directeur : Professeur **GIUMELLI Bernard**  
Codirecteur : Docteur **MENINGAUD Jean Paul**

## **LA VIE C'EST COMME UNE DENT**

La vie, c'est comme une dent  
D'abord on n'y a pas pensé  
On s'est contenté de mâcher  
Et puis ça se gâte soudain  
Ca vous fait mal, et on y tient  
Et on la soigne et les soucis  
Et pour qu'on soit vraiment guéri  
Il faut vous l'arracher, la vie.

**BORIS VIAN**

Je voudrais pas crever 1962 Edition posthume

# REMERCIEMENTS

A Régine et Clarisse respectivement ma femme et ma fille, pour mes absences répétées tout au long de cette année , vos encouragements....

A Monsieur Le Professeur Christian HERVE de m'avoir ouvert les portes du laboratoire d'Ethique Médicale, véritable lieu d'éveil des consciences, de la pensée plurielle, et ce dans une multidisciplinarité enrichissante.

A Monsieur Le Professeur Bernard GIUMELLI, qui a été pour moi successivement un enseignant de prothèse, un chef de service, un directeur de pôle, un directeur de DEA avec qui je voudrais prochainement défendre l'odontologie hospitalière dans l'intérêt de nos patients.

A Monsieur Le Docteur Jean Paul MENINGAUD qui avez accepté de me diriger tout au long de ce travail depuis le projet initial jusqu'à la publication dans une revue en passant par le travail rédactionnel du mémoire . Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité sans faille, ainsi que pour vos précieux conseils.

A tous les praticiens qui malgré des emplois du temps surchargés ont consacré un peu de leur précieux temps pour répondre à mes questionnaires et sans lesquels ce travail n'aurait pu voir le jour.

A Béatrice pour ses précieux conseils informatiques.

# Sommaire

<b>1- INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2 - EXPOSITION DE LA PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>4</b>
2.1 - QU'EST CE QU'UN CANCER DES VADS ? .....	4
2.2 - EPIDEMIOLOGIE.....	7
2.3 - LES THERAPEUTIQUES .....	10
2.4 - ENJEUX ETHIQUES.....	12
<b>3 - MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>15</b>
3.1 - OBJECTIF DE NOTRE ETUDE.....	15
3.2 - DELIMITATION DE L'OBJET .....	15
3.3 - CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON .....	16
3.4 - PASSATION DU QUESTIONNAIRE .....	22
3.5 - EXPLOITATION DES REPONSES .....	22
<b>4 - HISTOIRE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>23</b>
4.1 - GENESE DE LA PROBLEMATIQUE .....	23
4.2 - CHRONOLOGIE DE LA RECHERCHE .....	24
<b>5 - RESULTATS OBTENUS.....</b>	<b>27</b>
<b>6- DISCUSSION .....</b>	<b>58</b>
6.1- INTERPRETATIONS PERSONNELLES ET EXTRAPOLATIONS.....	58
6.1.1- Sur les modalités d'organisation des soins et la pluridisciplinarité.....	58
6.1.2- Sur l'image de l'odontologiste et la perception de cet acteur médical.....	59
6.1.3- Sur les connaissances des spécificités dentaires par les autres spécialités non dentaires .....	60
6.1.4- Sur l'existence de problèmes éthiques dans la pratique.....	60
6.2 - CRITIQUES DE LA RECHERCHE .....	60
<b>7- CONCLUSIONS .....</b>	<b>63</b>
<b>8- BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>66</b>
<b>9- ANNEXES .....</b>	<b>70</b>

# 1- INTRODUCTION

Chaque période de l'histoire voit depuis les plus anciennes civilisations à nos jours émerger une pathologie. Ainsi, depuis le moyen âge se succèdent les maladies comme la lèpre au XI<sup>ème</sup> siècle, la peste responsable d'une pandémie au XIV<sup>ème</sup> siècle, la syphilis s'exprimant au XV<sup>ème</sup> siècle, en passant par la tuberculose émergeant au XIX<sup>ème</sup> siècle, pour enfin aboutir à ce qui est considéré comme le fléau du XX<sup>ème</sup> siècle : le **CANCER**.

Le cancer représente un problème sanitaire majeur en France puisqu'il est à l'heure actuelle la seconde cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires. Cette pathologie touche des sujets plus jeunes que ceux atteints par les affections cardiovasculaires et constitue la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité entre 30 et 65 ans. Environ 160 000 nouveaux cas sont diagnostiqués annuellement, 700 000 personnes sont en cours de traitement par an et environ 400 décès par jour en France sont imputables à la maladie.

Dans l'esprit populaire, le mythe du cancer est toujours présent : il est assimilé à une maladie maudite, à une punition divine, un signe du destin... L'homme a peur de la mort, il se sait mortel. Il rêve encore et toujours d'immortalité, et cristallise son angoisse sur cette maladie devenue symbole de sa peur. Le cancer reste une affection grave, un cancéreux sur deux ne guérit pas. L'annonce du diagnostic bouleverse le quotidien du patient. Le cancer reste synonyme d'isolement, de coupure physique par le scalpel du chirurgien et psychique lorsque s'ensuivent le divorce, la fuite des amis, la perte de l'emploi...

Connu depuis la plus haute antiquité, le cancer ne constitue pas une maladie moderne de notre civilisation. L'émergence de la maladie au cours XX<sup>ème</sup> siècle est en relation directe avec l'augmentation considérable de la longévité et par ailleurs la maîtrise thérapeutique d'autres pathologies (infectieuses, cardio-vasculaires,...).

Au XVIII<sup>ème</sup> siècle sous l'impulsion du chanoine Godinot, un hôpital pour cancérés est fondé à Reims car l'hôpital général refuse de les accueillir par peur de la contagion. Le discours de la médecine de l'époque sur le cancer était centré sur l'incurabilité du mal et le désespoir. Le patient relève de soins palliatifs, et de ce fait ne présente pas d'intérêt sur le plan médical.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle la prise en charge du patient est réduite au strict minimum dans ce qui est appelé de façon évocatrice des dépôts de l'Assistance Publique. A cette époque était pratiquée une médecine de chevet basée sur le recueil du symptôme, et l'écoute de la narration du patient. Les médecins de l'époque étaient totalement désarmés face à la maladie. La mortalité post-opératoire était telle que les chirurgiens renonçaient à opérer les patients.

Le début du XX<sup>ème</sup> siècle est marqué par l'apparition des moyens de traitement . Le cancer devient un champ d'investigation pour les médecins, où ils peuvent se faire un nom. La maladie cancéreuse devient quelque chose de localisé au niveau d'un organe ou des tissus d'un corps objet dont elle remonte à la surface par

l'extériorisation de signes et de symptômes. Le « *malade cas* » succède au « *malade personne* » .

La pathologie cancéreuse a contribué au processus de spécialisations hospitalières ( radiothérapie, anatomo-pathologie, chimiothérapie....). Avec la cancérologie s'est développée une nouvelle forme de médecine de plus en plus dépendante des progrès technologiques. L' hôpital se transforme en usine à guérir. L'objectif prioritaire est la guérison et ce à n'importe quel prix.

La thérapeutique du cancer a ses exigences : elle implique le recours à des technologies lourdes, de plus en plus coûteuses, impose un travail d'équipe fondé sur la collaboration entre des professionnels aux compétences complémentaires.

La cancérologie est probablement la discipline médicale qui nécessite à la fois la plus grande diversité de moyens thérapeutiques et le recours à une multidisciplinarité incontournable. Cette concertation pluridisciplinaire sera à la base du succès thérapeutique.

Il existe aujourd'hui une hyper spécialisation de la médecine qui rend difficile la prise en charge globale du patient. La compétence des praticiens n' a jamais été aussi excellente dans leur domaine respectif et pourtant des dysfonctionnements existent. Autrefois le malade avait affaire à un seul médecin. Aujourd'hui le malade est pris dans un véritable engrenage impersonnel, face à une équipe pluridisciplinaire dont chacun des membres est à la fois hyper spécialisé, submergé par ses responsabilités techniques et n'a qu'une vue parcellaire de la maladie. Le malade passe d'une compétence à une autre sans réelle coordination. Nous sommes face à un paradoxe : plus la médecine progresse sur le plan des connaissances fondamentales, des techniques diagnostiques et thérapeutiques plus les difficultés sont croissantes au chevet du malade.

Le traitement du cancer sera demain encore plus multidisciplinaire qu'aujourd'hui. Fréquemment, les médias, les associations de défense des malades dénoncent de manière récurrente l'hétérogénéité des filières et les modalités de prise en charge des patients et par conséquent, l'inégalité des chances devant la maladie.

La cancérologie des voies aéro-digestives supérieures n'échappe pas à ce constat. Outre la complexité d' organisation des soins, dans certains cas c'est l'absence même de certaines spécialités et notamment de l'odontologie qui est à déplorer. Ainsi n'est-il pas légitime de proposer à tout patient chez lequel il est diagnostiqué un cancer des voies aéro-digestives supérieures, une prise en charge complète en odontologie tant les problèmes bucco-dentaires sont prégnants dans ces pathologies ?

Notre travail de recherche a consisté en tant que professionnels de santé à nous interroger sur les pratiques actuelles : celles-ci sont - elles pertinentes, justifiées, adaptées à une démarche qualité centrée sur le patient ?

Après une étape d'évaluation des pratiques médicales de façon multidisciplinaire dans ce domaine spécifique de la cancérologie cervico-faciale en interface avec l'odontologie, nous dénonçons les dysfonctionnements, les risques inhérents à une pratique qui n'est pas en harmonie avec les possibilités du moment, compte tenu des incertitudes permanentes qui caractérisent l'exercice médical.

Les résultats obtenus à la suite de notre recherche démontrent la nécessité d'une recherche en éthique médicale clinique qui selon une phrase empruntée à C.HERVE « *participe à l'éveil des consciences et à une politique de prévention des*

*aléas et des dérives inhérentes à toute action médicale* ». Les professionnels de santé sont anesthésiés, aveuglés par rapport à un système, des habitudes, des contraintes matérielles et budgétaires. La prise en compte de ces différentes contraintes n'implique pas que les professionnels de santé s'y soumettent de façon aveugle. Le professionnel de santé ne doit pas se cantonner au seul niveau technique mais également jouer son rôle de médiateur entre les patients et les décideurs de santé à un moment crucial où les politiques s'engagent dans la lutte contre le cancer. Le président français Jacques CHIRAC et le directeur général de l'UNESCO ont signé le 4 Février 2000 une Charte dans le cadre du sommet mondial contre le cancer visant à faire de la lutte contre ce fléau une priorité internationale. Le cancer risque même d'être au centre de la future campagne présidentielle en France pour de multiples raisons : dotations en équipement variables selon les régions, inégalités dans la prise en charge des patients, dépistage à plusieurs vitesses, prévention inefficace, et même manque de spécialistes cancérologues dans un avenir très proche.

La réflexion éthique peut contribuer à éclairer la problématique de la prise en charge multidisciplinaire de ces patients atteints de cancer des VADS. Pourquoi ce domaine de la cancérologie progresse-t-il moins bien que d'autres spécialités ? A quoi attribuer les échecs ? Par quoi passe l'amélioration des pratiques ?

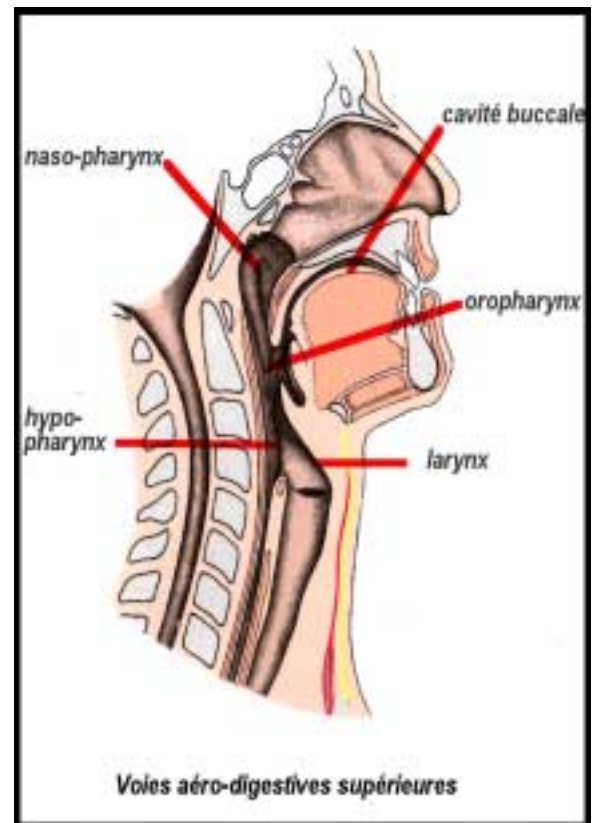
Cette étude n'a de sens que si elle est suivie de propositions concrètes d'amélioration de la situation actuelle des patients. C'est ce qui se dégage à la fin de ce travail en guise de conclusion. Notre analyse modeste arrive à point nommé dans une conjoncture difficile pour les praticiens médicaux et à une époque où la perte de confiance des patients envers les professionnels de santé est particulièrement aiguë.

## 2 - EXPOSITION DE LA PROBLEMATIQUE

### 2.1 - Qu'est ce qu'un cancer des VADS ?

Sous l'appellation voies **aéro-digestives supérieures** (VADS) on entend sur le plan anatomique (figure 1) :

- La **cavité buccale** (langue mobile, plancher de la bouche, gencives, face interne des joues, lèvres, voile du palais)
- L'**oropharynx** , centre du carrefour aéro-digestif (amygdales palatines, piliers et base de langue)
- Le **larynx** (cordes vocales, épiglotte)
- L'**hypopharynx** (situé devant les 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> vertèbres cervicales)
- Le **nasopharynx** (au dessus du voile du palais, prolongement postérieur des fosses nasales)



**Figure 1 : Schématisation des voies aéro-digestives**

Le cancer est le résultat de la prolifération d'un clone de cellules anormales. Ces cellules ont la capacité d'envahir les tissus sains et de donner des métastases à distance. Il est désigné sous les termes de « cancers des VADS » les néoplasies développées au niveau de la bouche, du pharynx, du larynx, et du nasopharynx.

Le concept de cancer des VADS est né à la suite de la constatation d'un certain nombre de facteurs communs à ces tumeurs et notamment :



**Histopathologie** : La grande majorité de cancers développés aux dépens des muqueuses des VADS sont des carcinomes malpighiens. Ces carcinomes se développent tant au niveau de l'épithélium pavimenteux stratifié des muqueuses qu'au niveau de l'épithélium cylindrique cilié de certaines autres muqueuses (cavités nasales et sinusiennes). Les adénocarcinomes représentent moins de 5% des cancers des VADS et se développent aux dépens de formations glandulaires (glandes salivaires, glandes muqueuses). Enfin ils s'observent également des tumeurs développées sur les organes lymphoïdes de l'anneau de Waldeyer représentés ici par les amygdales palatines et linguale.

**Epidémiologie** : les facteurs irritatifs locaux jouent un rôle primordial dans la survenue de ces tumeurs.

**Cancers associés et métastases** : L'envahissement ganglionnaire cervical est très fréquent, qu'il soit cliniquement évident ou seulement découvert par l'histologie. Par ailleurs souvent il est retrouvé une ou plusieurs autres localisations au niveau des VADS et même au niveau de l'œsophage qui est également soumis aux mêmes facteurs étiologiques. La réalisation de panendoscopie systématique montre qu'une seconde localisation est présente dans 20% des cas. Dans certaines localisations (plancher buccal et voile du palais) ce chiffre avoisine les 45% de seconde localisation.

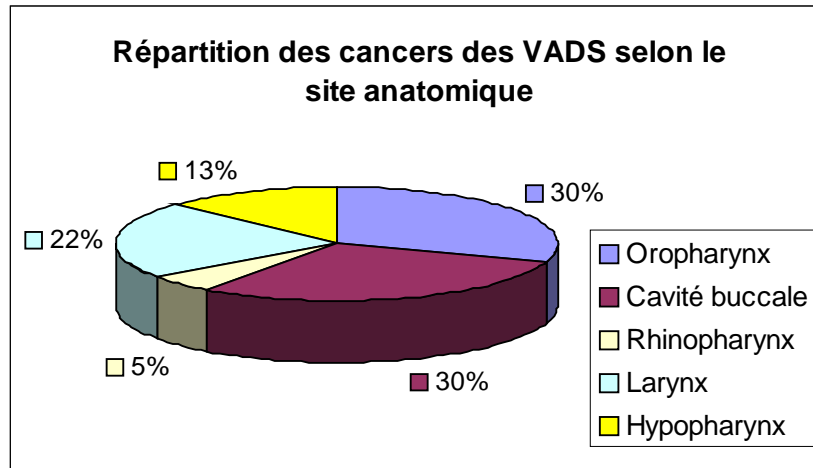
Ces tumeurs malignes des VADS sont **graves** pour trois raisons :

⇒ Elles sont situées au niveau ou au contact de structures anatomiques et physiologiques capitales qui seront souvent atteintes soit par le volume tumoral soit par les thérapeutiques, ce qui entraînera une perturbation des fonctions de relation dépendante de ces structures (élocution, respiration, déglutition, mastication, aspect extérieur corporel) ;

⇒ Ces carcinomes épidermoïdes, très lymphophiles présentent une forte agressivité locale et régionale ;

⇒ Les terrains favorables au développement de ces tumeurs (majoritairement des sujets éthylo-tabagiques) expliquent en partie la fréquence des évolutions défavorables liées tant aux secondes localisations néoplasiques qu'aux affections intercurrentes.

Les cancers des VADS en France se répartissent comme suit selon le siège de la lésion tumorale (figure 2) :



**Figure 2 : Répartition des cancers des VADS selon le site anatomique.**

⇒ Cancers de la cavité buccale : 30 % des cancers des VADS.

L'incidence de ce cancer est en France une des **plus élevées au monde**. La moitié des tumeurs siège sur la langue mobile et le plancher buccal, donc facilement accessibles lors d'un simple examen de la cavité buccale. La survenue de ce type de cancer est principalement due à l'exposition de la muqueuse à l'alcool et au tabac et une relation dose-effet est démontrée. Les autres causes apparaissent secondaires : anomalies génétiques de réparation de l'ADN, hypovitaminose A, alimentation pauvre en fruits et en légumes, une hygiène dentaire médiocre. Dans une proportion non négligeable de cas les cancers de la cavité buccale sont précédés par des lésions dites précancéreuses, prenant le plus souvent un aspect leucoplasique, plus rarement érythroplasique. Ces leucoplasies dégénèrent dans 5 à 10 % des cas. La transformation maligne est cependant annoncée par la présence d'une dysplasie épithéliale à la biopsie. Lorsque la biopsie ne montre pas d'aspect de dysplasie, une simple surveillance peut être proposée.

Ces cancers peuvent être traités par chirurgie et ou radiothérapie. Il n'y a **pas de consensus** sur les indications thérapeutiques. Le traitement sera adapté à chaque cas dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire lorsque cette dernière existe. Les échecs restent fréquents malgré les progrès des techniques chirurgicales et radiothérapeutiques.

⇒ Cancers de l'oropharynx : 30 % des cancers des VADS.

Ils sont localisées au niveau de la base de langue, la loge amygdalienne, les piliers de l'amygdale, le palais mou, les parois pharyngées latérales et postérieures. Ces tumeurs au nombre de 7000 nouveaux cas par an en France constitue **la plus forte incidence mondiale**. La découverte des lésions est tardive, lorsque la tumeur est déjà très évoluée du fait de la pauvreté des symptômes initiaux. Le traitement repose sur la radiothérapie externe, la curiethérapie et la chirurgie, avec bien entendu une combinaison de ces différentes approches.

⇒ Cancers de l'hypopharynx et du pharynx : 35 à 40 % des cancers des VADS.

Le cancer du larynx représente 25% des cancers des VADS alors que celui de l'hypopharynx représente 10 à 15 %. Ils s'observent dans 90 % des cas chez l'homme et dans 2/3 des cas entre 45 et 70 ans avec un maximum de fréquence à 65 ans. Les cancers du larynx sont essentiellement liés à une consommation excessive de tabac alors que ceux de l'hypopharynx sont en rapport avec une intoxication éthylique ou alcool-tabagique.

⇒ Cancers du nasopharynx : moins de 5 % des cancers des VADS en France.

Ces carcinomes du nasopharynx (90 % des tumeurs malignes nasopharyngées) sont divisés en deux entités clinico-histologiques distinctes : le carcinome épidermoïde et le carcinome indifférencié de type nasopharyngé ; ce dernier se distingue des autres carcinomes épidermoïdes des VADS par ses caractéristiques histologiques, son épidémiologie non liée à l'intoxication alcool-tabagique et sa relation directe avec le virus Epstein-Barr (EBV).

Les échecs thérapeutiques observés sont nombreux du fait d'un taux de dissémination métastatique élevé malgré la radiosensibilité marquée de ces tumeurs. Le traitement reste difficile du fait de l'inaccessibilité à une chirurgie carcinologique satisfaisante et repose de ce fait sur une radiothérapie associée à une chimiothérapie.

## 2.2 - Epidémiologie

La pathologie cancéreuse des VADS occupe une place importante dans le domaine de la cancérologie. Sur le plan mondial il est diagnostiqué environ 500 000 cancers des VADS annuellement.

Aux Etats Unis il est dénombré approximativement 41 000 nouveaux cas et 12 500 décès chaque année.

En France, ce cancer constitue le 4<sup>ème</sup> cancer par ordre de fréquence chez l'homme après celui de la prostate, des bronches et de l'intestin. Ainsi en 1995, il a été diagnostiqué environ 15000 cancers des VADS chez l'homme et 2000 chez la femme.

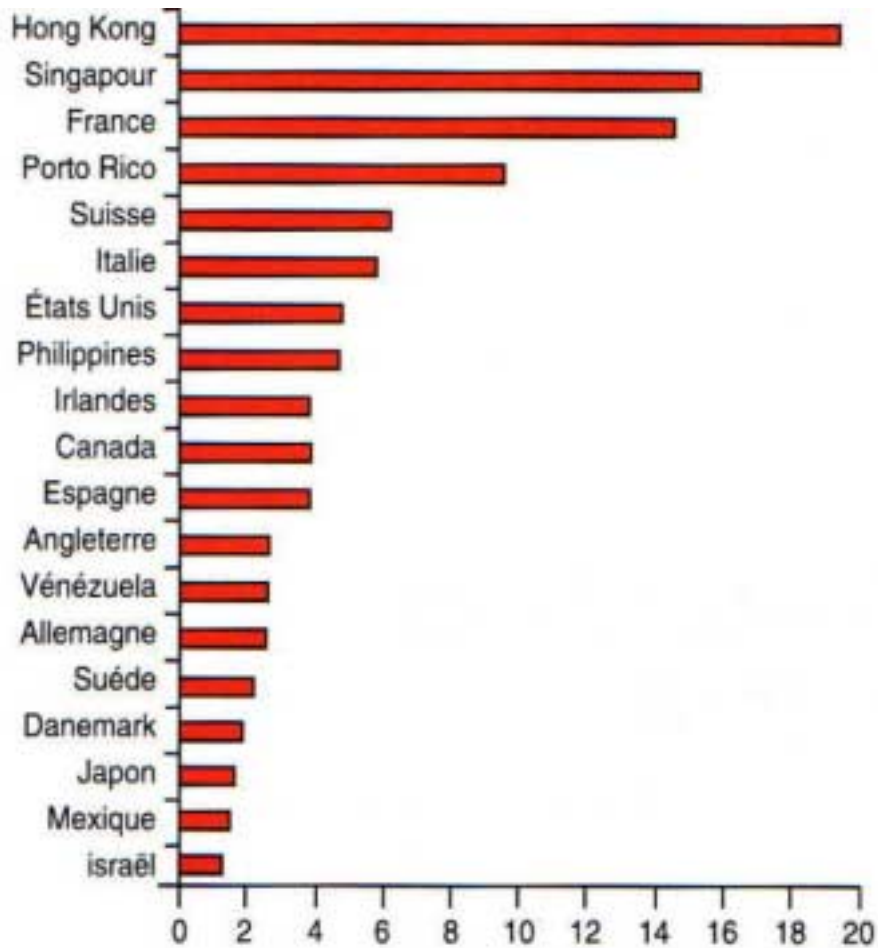
En France comme dans de nombreux autres pays, la principale source d'information sur la fréquence des cancers à l'échelon national est représentée par les statistiques de mortalité réalisées à partir des certificats de décès. Dans un certain nombre de cas le certificat de décès manque de précision quant au site anatomique initial de la tumeur, son type histologique...

Le cancer n'est pas en France une maladie à déclaration obligatoire.

La standardisation permet de faire des études comparatives de mortalité entre les pays mais ne reflète pas la réalité.

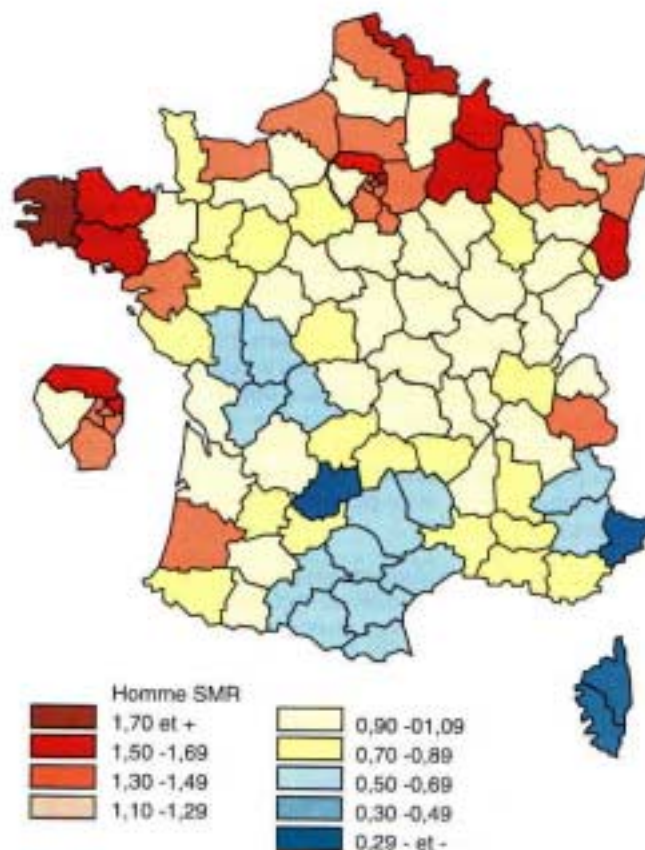
La France est le pays où la mortalité par cancer des VADS est **la plus élevée en Europe.**

Sur le plan mondial, la France occupe la 3<sup>ème</sup> position juste après Hong Kong et Singapour (figure 3).



**Figure 3 : Variation géographique de la mortalité par cancer des V.A.D.S  
Taux standardisé mondial . Etude de Silverman 1981.**

Il existe par ailleurs une disparité régionale importante en France avec notamment une surmortalité dans l'Ouest, le Nord, le Nord-Est et le Nord de la région Parisienne (figure 4). Ces variations régionales sont directement calquées sur l'alcoolisme.



**Figure 4 : Carte de France – Inserm,1971 –1978. Cavité buccale, CIM :140 –145. Taux standardisé France.**

La progression de la pathologie chez la femme est constatée, mais reste encore très inférieure à la proportion de cas masculins. Ces évolutions différentes selon le sexe s'expliquent par les tendances évolutives propres aux deux principaux facteurs de risque des cancers des VADS : alcool et tabac. Pour les femmes, les effets du tabagisme devenu phénomène de masse dans les années 1960 -1970 s'exprimeront prochainement après une période de latence. Le sex ratio est diversement contrasté selon que l'on considère la localisation de la tumeur et le type histologique.

Il est probable que dans l'avenir la pathologie cancéreuse des VADS prenne davantage d'importance sur le plan de l'incidence, ce dans tous les pays - industrialisés ou non - et devienne alors un véritable problème de santé publique à l'échelon international.

## 2.3 - Les thérapeutiques

Actuellement les deux thérapeutiques essentielles sont la chirurgie et les radiations ionisantes. La chimiothérapie a une place réduite et est toujours en cours d'évaluation.

La **chirurgie** est la plus ancienne des thérapeutiques. Dans les années 1900 -1950, elle était reine, presque unique méthode de traitement. Dans les années 1950 à 1970 , les exérèses sont étendues, mais la réparation s'avère inexistante. C'est l'époque Nord Américaine « We save life, not function ». De 1970 à ce jour on assiste au développement d'une chirurgie plastique et réparatrice avec les transpositions de lambeaux libres myo-cutanés, ostéo-myo-cutanés. Ces techniques diminuent le risque de complications hémorragiques mais **n'influencent pas la gravité propre de la maladie cancéreuse**. Cette chirurgie des cancers des VADS reste encore en ce début de XXI<sup>ème</sup> siècle **mutilante** surtout en raison du retard diagnostique. Tous les sites anatomiques peuvent être atteints par la pathologie cancéreuse aboutissant à des interventions aussi diverses que les résections maxillaires partielles ou totales, les résections vélaires partielles ou totales associées ou non à une amputation palatine, les résections mandibulaires avec ou sans interruption de la continuité mandibulaire, les glossectomies, les laryngectomies partielles ou totales. Ces interventions créent **des pertes de substances** avec un **lourd retentissement physique et psychologique**. Les séquelles des thérapeutiques telles que l'ouverture du sinus maxillaire, des fosses nasales, exposent le patient à des communications bucco-sinusiennes et ou bucco-nasales avec reflux des aliments par le nez, trouble de la phonation et de la mastication. Non appareillé le patient sera véritablement handicapé, ne pouvant communiquer avec les autres que par écrit et ne pouvant s'alimenter que par une sonde gastrique. La prothèse maxillo-faciale et conventionnelle doit occuper une place privilégiée dans l'émergence d'un nouveau schéma corporel que le patient intégrera à la suite du processus de deuil (mutilation physique, perte des dents, troubles fonctionnels et relationnels).

La **radiothérapie** permet d'obtenir les premières guérisons locales de cancers de la langue par application d'un collier de radium en 1927. Quelle que soit la technique utilisée, la radiothérapie curative a pour objectif de détruire toutes les cellules tumorales et les extensions locales de la tumeur afin d'obtenir une guérison définitive. La dose à délivrer dépend du type histologique, de la taille de la tumeur mais également des traitements préalables. L'irradiation de la tumeur impose également l'irradiation des tissus sains environnants. Ces tissus avoisinants tolèrent des doses au delà desquelles des séquelles graves peuvent apparaître. Le radiothérapeute utilise différents artifices pour limiter l'atteinte des tissus sains. Néanmoins des complications sont inévitables, telles :

Les caries dentaires surviennent spontanément dans les 4 à 6 mois qui suivent la radiothérapie . Elles sont souvent précédées par un épisode d'hyperesthésie dentinaire, ces caries évoluent en des sites inhabituels, n'épargnent aucune dent formant la typique dent d'ébène. Ces caries postradiques sont très agressives et évoluent rapidement. Ces caries résultent non pas de l'irradiation des dents mais de l'apparition de conditions cariogènes créées par l'hyposialie conséquence de l'irradiation des glandes salivaires.

L'ostéoradionécrose des maxillaires est l'une des plus sérieuses complications de l'irradiation des maxillaires. C'est une affection grave en raison du processus lytique mis en jeu, et redoutée de tous les praticiens du fait des difficultés de son traitement. Elle se caractérise par une ostéite iatrogène survenant dans un délai plus ou moins long après une irradiation (quelques mois à plusieurs années après). Il existe une prédominance des atteintes mandibulaires (85%) par rapport aux atteintes maxillaires. Une forme spontanée peut survenir en cours d'irradiation sans étiologie évidente, alors que la forme la plus fréquente fait suite à un traumatisme. Dans cette dernière, **l'étiologie dentaire domine**, le traumatisme provenant d'avulsions, d'ulcérations prothétiques, d'infection parodontale ou endodontique. Le meilleur traitement reste la prévention par une bonne prise en charge multidisciplinaire des patients devant bénéficier d'une radiothérapie incluant bien sûr l'odontologiste.

La mucite radio-induite caractérisée par un amincissement, une atteinte superficielle inflammatoire avec érosions pouvant aller jusqu'aux ulcérations des muqueuses de la cavité buccale. Elle survient vers le 15<sup>ème</sup> jour après le début de la radiothérapie. Les patients se plaignent de douleurs, la mastication et la déglutition sont entravées.

Le déficit salivaire résulte de l'irradiation des glandes salivaires au cours de la radiothérapie. Cette hyposialie est constante et varie en importance selon le champ d'irradiation et la dose délivrée. Elle peut aller jusqu'à la véritable asialie. Elle provoque un inconfort important pour les patients qui ont besoin de s'humidifier les muqueuses très fréquemment. De plus, par la suppression des amylases salivaires et la perte de la lubrification permanente naturelle des muqueuses, elle oblige les patients à sélectionner leur alimentation. Dans certains cas le patient restreint son alimentation à des laitages ou bouillies, entraînant inévitablement un retentissement sur la vie familiale et sociale. A ce jour il n'existe pas de traitement véritablement efficace de l'hyposialie.

La dysgueusie ou altération du goût est commune, mais heureusement le plus souvent temporaire. Elle débute une semaine après le début de la radiothérapie pour des doses délivrées entre 20 et 40 Gy. Généralement elle disparaît dans les deux mois suivant le traitement. Cette dysgueusie associée à la xérostomie entrave sérieusement la nutrition du malade.

La limitation d'ouverture buccale, conséquence de l'action des radiations ionisantes sur les fibres musculaires, perturbe fortement l'alimentation et le maintien d'une hygiène bucco-dentaire.

En ce qui concerne la radiothérapie palliative, celle-ci est proposée lorsque la tumeur n'est pas accessible chirurgicalement, ou trop volumineuse, ou métastatique d'emblée. Elle permet de prolonger la survie du patient en améliorant ses conditions de vie.

La **chimiothérapie** occupe une place controversée dans le traitement des carcinomes des VADS. Elle peut être utilisée à plusieurs stades de la pathologie. Elle est dite néoadjuvante ou d'induction si elle est réalisée avant l'acte chirurgical ou la radiothérapie. Elle est indiquée uniquement dans les tumeurs avancées sur le plan loco-régional. Cette chimiothérapie est dite adjuvante si elle est administrée après le traitement loco-régional dans le but d'éradiquer la maladie résiduelle microscopique.

Des essais randomisés n'ont pas montré d'intérêt majeur. La chimiothérapie des récidives et des métastases est très décevante. Elle s'adresse à des patients chez lesquels le pronostic est très péjoratif (6 mois de survie environ). La chimiothérapie palliative dans les cancers des VADS reste intéressante pour améliorer la qualité de vie du patient, même si son efficacité reste faible et limitée dans le temps. L'intérêt réside dans un suivi rapproché du patient réalisant un traitement que certains appellent compassionnel. La place de la chimiothérapie dans les traitements n'est pas encore totalement définie. L'évaluation de son efficacité passera par des essais thérapeutiques randomisés.

Les complications de cette chimiothérapie sont de deux ordres :

→ directes : résultant de l'effet cytotoxique de l'agent antimétabolique sur les muqueuses de la sphère buccale : mucite, xérostomie (bouche sèche), problèmes nutritionnels en raison du potentiel émétisant des drogues utilisées.

→ indirectes : représentées par les infections diverses du fait de l'hématotoxicité des substances utilisées.

## 2.4 - Enjeux éthiques

C'est durant ces vingt dernières années que la conception générale des traitements va le plus évoluer. Divers éléments contribuent à cette évolution :

- progrès en histopathologie et radiodiagnostic
- connaissances épidémiologiques
- concept de cancer des VADS
- émergence d'une spécialité en cancérologie cervico-faciale
- évaluation et remise en question des protocoles thérapeutiques.

Pourtant beaucoup reste à faire dans ce domaine. Qu'en est-il de la multidisciplinarité, de la reconnaissance du rôle des autres intervenants médicaux et paramédicaux, des réflexions sur la qualité de vie des patients ?

L'organisation des soins en cancérologie a été déclarée priorité nationale de santé lors de la conférence Nationale de Santé de 1997. Lors de la dernière conférence Nationale de Santé le 27 Mars 2001, le ministre délégué à la santé Bernard KOUCHNER réaffirme la nécessité **d'améliorer** la prise en charge des patients cancéreux. Au cœur des divers discours, les priorités concernent l'accessibilité aux soins, la qualité et la sécurité des soins, l'optimisation des ressources humaines et matérielles et enfin la nécessité de création de réseaux avec identification et complémentarité des plateaux techniques, niveaux d'établissements et compétences humaines.

Le patient porteur d'un cancer des VADS doit bénéficier d'une approche multidisciplinaire dans le cadre du traitement de sa pathologie incluant divers spécialistes : chirurgien maxillo-facial, oto-rhino-laryngologiste, stomatologiste, odontologiste, radiothérapeute, spécialiste en prothèse maxillo-faciale, psychiatre, psychologue, diététicien, phoniatre,...

Quelles que soient les combinaisons thérapeutiques, **aucune amélioration significative de la survie des patients atteints de cancers des VADS n'a été observée depuis plus d'une décennie.**



Une meilleure prise en charge de ces patients améliorerait certainement leur qualité de vie. Force est de constater qu'à ce jour cette prise en charge n'est pas optimale. Les compétences individuelles existent, sont réelles, mais la concertation inter-spécialistes au sens large (médicaux, non médicaux) reste insuffisante. L'importance des aspects odontologiques est manifeste chez ces patients. Pourquoi ces aspects sont-ils négligés, différés ?

L'odontologiste doit faire partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire et ce même lorsque la lésion tumorale n'intéresse pas directement la cavité buccale du fait des incidences des drogues antinéoplasiques et des effets de la radiothérapie sur la muqueuse buccale et les dents. La présence de l'odontologiste est **indispensable** à toutes les étapes de la thérapeutique :

⇒ dès l'établissement du diagnostic pour évaluer l'état bucco-dentaire, réaliser des soins urgents (élimination des foyers infectieux, soin des dents conservables, remise en état de la cavité buccale complète, prise d'empreintes maxillaire et mandibulaire initiales ou primaires).

⇒ afin d'informer le patient des thérapeutiques envisagées, l'éduquer à une hygiène bucco-dentaire, mettre en place une fluoroprophylaxie, l'aider dans la lutte contre les pathologies addictives.

⇒ pendant le traitement chirurgico - radiothérapeutique, pour exercer son rôle préventif et curatif vis à vis des mucites, des risques infectieux.

⇒ après le traitement pour la réalisation de prothèses maxillo-faciales consécutives aux pertes de substances dans un but de restaurer le fonctionnel, l'esthétique, le psychologique en rétablissant le schéma corporel du patient.

De plus l'odontologiste doit aider psychologiquement le patient, ce à tous les stades de la pathologie et réaliser une surveillance spécifique au long cours.

Qui connaît mieux la dent que l'odontologiste ? Pourquoi est-il souvent absent des équipes ?

Les dysfonctionnements relatifs à la prise en charge des patients sont dommageables en terme de succès thérapeutique, d'adhésion au plan de traitement, de suivi, et même à l'extrême de sécurité médicale. L'absence de praticien compétent en odonto-stomatologie expose le patient à une perte de chance dans le cadre de son traitement.

Les raisons de ces dysfonctionnements sont multiples :

- Enjeux de pouvoir détenus par des spécialités chirurgicales plus « nobles »
- Collaboration difficile entre acteurs de santé
- Refus de partage de décision médicale et notamment « marginalisation » de professions ayant un cursus non médical. L'odontologiste n'est pas médecin, son avis n'est pas toujours pris en compte
- Difficultés de transmission de données médicales entre les différents intervenants médicaux eux-mêmes et qui plus est avec les intervenants non médicaux
- Modalités d'exercice de la médecine hospitalière : cloisonnement des spécialités
- Les dents : véritables organes méconnus, négligés par le patient et le médecin et pourtant pourvoyeuses de pathologies
- Absence fréquente d'odontologiste au sein des équipes médicales prenant en charge ces patients
- Différence de prise en charge du patient selon les structures d'accueil (CHU, CHR, CHG, CRLCC, Etablissements privés)

- Eloignement géographique du patient d'une structure d'accueil « rodée »
- Rapidité de mise en route du traitement antinéoplasique au détriment d'une véritable concertation des différents intervenants spécialistes
- Le consentement éclairé du patient est-il obtenu ? Le patient est-il informé des règles à observer pendant et à l'issue du traitement : arrêt des toxiques (tabac, alcool), maintenance d'une hygiène bucco-dentaire stricte, fluoroprophyllaxie, surveillance régulière.
- Absence de conférence de consensus sur l'attitude à prendre en ce qui concerne l'avenir des dents avant d'entreprendre l'irradiation :
  - la 1<sup>ère</sup>, draconienne, consiste en l'avulsion quasi systématique de toutes les dents saines ou non situées dans le champ d'irradiation, solution qui offre une garantie meilleure sur le risque d'ostéoradionécrose, mais considérée comme mutilante par certains confrères, sachant que la restauration prothétique sera toujours différée, longue et difficile.
  - la 2<sup>ème</sup>, plus conciliante, privilégie la conservation au maximum des dents mais reste beaucoup moins sécurisante, voire dangereuse sur le plan médical . Quel praticien peut anticiper de la manière dont le patient assurera dans le temps sa maintenance, son suivi ?

La recherche bibliographique sur Medline avec les mots-clés suivants isolés ou en combinaison : Mouth Neoplasms, Dentistry Guidelines, Evidence based medicine reste peu fructueuse et reflète la réalité du terrain . Les aspects bucco-dentaires sont très peu abordés en cancérologie des voies aéro-digestives supérieures.

L'essentiel des travaux associant cancers des VADS et odontologie concerne le rôle du chirurgien dentiste dans la prévention des cancers oraux, le counselling des patients sur les facteurs de risque, l'information du patient sur les soins bucco-dentaires après radiothérapie.

Une publication d'une équipe hollandaise de l'Université d'UTRECHT dans une revue anglo-saxonne (Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod) relate une étude consistant en l'envoi d'un questionnaire adressé à 54 chirurgiens maxillo-faciaux et dentistes hospitaliers en vue d'évaluer les modalités décisionnelles des extractions dentaires avant radiothérapie et de savoir si ces dernières étaient basées plus sur l'expérience clinique que sur l'Evidence Based Medicine.

Aucune étude étrangère n'a été retrouvée sur les modalités de prise en charge des patients dans le cadre d'une globalisation des soins incluant l'odontologiste. Pas la moindre trace de guidelines permettant de standardiser une prise en charge complète du patient en cancérologie cervico-faciale incluant les aspects dentaires pourtant fondamentaux dans ces pathologies.

La seule référence bibliographique indexée dans Medline ayant pour objectif l'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins aux patients porteurs de cancer des VADS est retrouvée dans le Bulletin du cancer publié en août 1999, et rédigé par une équipe française. Cet article repose sur une revue et une analyse critique des données de la littérature scientifique par un groupe d'experts pluridisciplinaires. Cette publication a pour but de fournir aux praticiens odontologistes une aide à la décision facilement utilisable. Cet article concerne exclusivement les odontologistes et ne

cible pas les chirurgiens (ORL, Maxillo-faciaux) qui opèrent ces patients et qui sont indéniablement confrontés aux aspects bucco-dentaires. Aucune publication ne réalise une évaluation des pratiques médicales à l'interface de la cancérologie des VADS et de l'odontologie.

Par ailleurs une seule référence française traite de la place de l'odontologiste dans une équipe pluridisciplinaire en cancérologie maxillaire. Cette dernière est non indexée dans Medline, publiée en 2000 dans l'Encyclopédie Médico - Chirurgicale et malheureusement destinée quasi exclusivement à des chirurgiens dentistes ou stomatologistes. La bibliographie rend compte ici du cloisonnement, du morcellement des connaissances entre des spécialités médicales voisines.

**L'originalité** de notre travail repose sur le fait qu'à ce jour aucun état des lieux des pratiques actuelles n'a été réalisé à l'échelon national, encore moins à l'échelle internationale. Les pratiques sont hétérogènes, leur évaluation nous semble indispensable pour proposer des solutions visant à améliorer dans l'avenir la prise en charge de ces patients.

Cette évaluation peut être à la base de prises de décisions rationnelles et objectives à partir des éléments observés dans notre étude. Il y a une nécessité absolue à prendre conscience des enjeux de cette évaluation qui irait dans le sens d'une conduite médicale éthique. Les résultats obtenus représentent une aide considérable aux choix stratégiques des acteurs de santé et des décideurs en matière de politique de santé dans le domaine précis de la cancérologie des VADS.

### **3 - MATERIELS ET METHODES**

#### **3.1 - Objectif de notre étude**

L'objectif de l'étude est l'évaluation des modalités de traitement de ces malades dans les multiples aspects odontologiques et enjeux éthiques s'y rapportant. Ce travail s'effectue par le biais d'une enquête nationale. A partir d'une analyse des faits observés, nous proposons des solutions concrètes visant à l'amélioration de la situation actuelle des malades.

Un questionnaire (annexe 1) anonymisé de 28 questions fermées a été adressé le 5 février 2001 à 164 praticiens, permettant ainsi une analyse des pratiques médicales actuelles. Sur ces 28 questions fermées, pour 7 d'entre elles, l'interrogé avait la possibilité de donner des précisions ou compléments d'informations.

#### **3.2 - Délimitation de l'objet**

Notre questionnaire comporte plusieurs parties.

La première question regroupe plusieurs items destinés à caractériser notre échantillon (âge, sexe, spécialité médicale, expérience en cancérologie, modalités d'exercice).

La deuxième partie du questionnaire comporte 26 questions destinées à valider un certain nombre d'hypothèses et notamment les suivantes :

- ♦ Les modalités d'organisation de la consultation pluridisciplinaire avec la présence ou non d'un odontologiste dans les équipes médicales.
- ♦ Existence de difficultés dans la prise en charge de ces patients.
- ♦ La perception de l'odontologiste comme un acteur médical utile, inutile, souhaité ou non dans l'équipe médicale .
- ♦ Connaissances des spécificités dentaires par les praticiens non odontologistes.

Enfin la dernière question vise à voir s'exprimer des problèmes éthiques relatifs à la cancérologie cervico-faciale.

Le questionnaire a été élaboré à la suite de lectures, de bibliographies sur les pratiques actuelles, les standards, options et recommandations pour une bonne pratique en odontologie en collaboration avec le directeur et codirecteur du mémoire.

### **3.3 - Constitution de l'échantillon**

Le « qui interrogé » est constitué de praticiens prenant en charge les patients dès le stade du diagnostic de cancer des VADS établi ou confirmé, à savoir les chirurgiens maxillo-faciaux, les chirurgiens ORL , les chirurgiens stomatologistes, les chirurgiens dentistes.

L'enquête est réalisée à l'échelon national (figure 4) avec un envoi postal de 164 questionnaires destinés à des praticiens exerçant à la fois dans des établissements publics et privés.

La constitution de l'échantillon s'est effectuée à partir du fichier des praticiens inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins dans les spécialités suivantes : chirurgie maxillo-faciale, chirurgie ORL, chirurgie stomatologique. L'Ordre des médecins dispose d'un annuaire Internet totalement libre d'accès permettant d'identifier les praticiens autorisés à exercer les différentes spécialités médicales.

Sont absents de cet annuaire les praticiens sans exercice ou retraités, les praticiens ayant fait la démarche auprès du conseil départemental pour ne pas figurer dans cet annuaire en respect de la loi N° 78 -17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les praticiens faisant l'objet d'une interdiction d'exercer la médecine par mesure disciplinaire égale ou supérieure à 3 mois, les praticiens suspendus du droit d'exercer la médecine par mesure administrative ou judiciaire, ainsi que les praticiens en cours de transfert de département jusqu'à régularisation de leur situation administrative.

Pour ce qui est des odontologistes nous avons adressé les questionnaires à des praticiens (peu nombreux) à exercer l'odontologie dans des structures hospitalières publiques ou des centres régionaux de lutte contre le cancer, et connus comme pratiquant la spécialité de prothèse maxillo-faciale.

Notre enquête couvre le territoire national et n'exclut aucune région disposant d'un centre hospitalo-universitaire (figure 5). Tous les CHU ont été interrogés, les questionnaires étant adressés aux chefs de service de Chirurgie Maxillo-Faciale, ORL et Stomatologie. Dans la lettre d'accompagnement, une mention demandait

aux praticiens de bien vouloir transmettre le questionnaire à leurs collaborateurs habituels dans l'hypothèse où eux-même n'assuraient pas la prise en charge de ces patients.

Nous n'avons pas adressé les questionnaires à tous les praticiens d'un même service, du même centre hospitalier. Il nous semblait plus intéressant d'étudier le fonctionnement à l'échelle d'un service plutôt qu'une pratique individuelle .

Les Centres Hospitaliers Généraux des départements ne disposant pas de CHU mais pourvus d'un service de chirurgie de la face et du cou ont été inclus dans l'étude afin d'obtenir une répartition géographique uniforme sur le territoire français. Une répartition harmonieuse s'est effectuée entre les praticiens du secteur public et du secteur privé. De même pour certaines régions très médicalisées, une sélection purement aléatoire a été effectuée afin d'obtenir un échantillon équilibré sur le plan national.



**Figure 5 : Destinations géographiques des questionnaires**

La première question de notre étude permet la caractérisation de l'échantillon :

Quelle est votre tranche d'âge :

a) 25-35 ans b) 36-50 ans c) > 50 ans

Quel est votre sexe :

a) masculin b) féminin

Quelle est votre spécialité :

a) chirurgien maxillo-facial b) chirurgien ORL c) stomatologiste  
d) odontologiste e) chimiothérapeute f) radiothérapeute g) autre : précisez

Quelle est votre expérience en cancérologie :

a) <1 an b) 1 à 5 ans c) 5 à 10 ans d) > 10ans

Quelles sont vos modalités d'exercice :

a) CHU b) CHG c) CRLCC d) clinique privée e) hôpital privé  
f) autre : précisez.

L'échantillon analysé de 91 praticiens est situé à 75% dans une tranche d'âge supérieure à 50 ans (figure 6), très majoritairement masculin (97%) (figure 7), les spécialités chirurgicales attirant classiquement moins les femmes pour de multiples raisons. Les praticiens sollicités bénéficient à 87 % d'une expérience en cancérologie supérieure à 10 ans (figure 8).

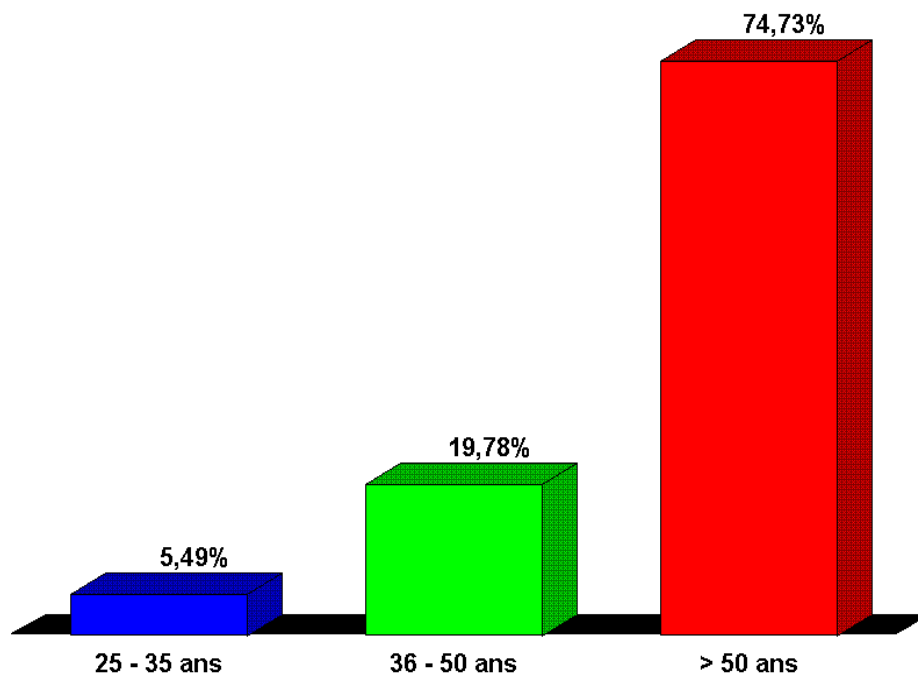
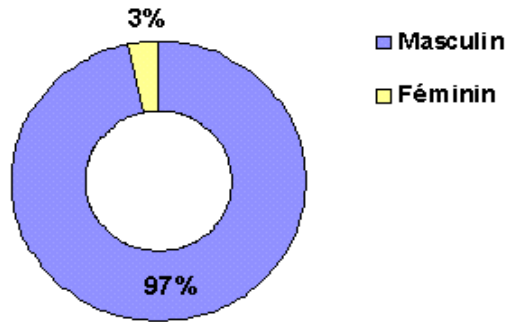
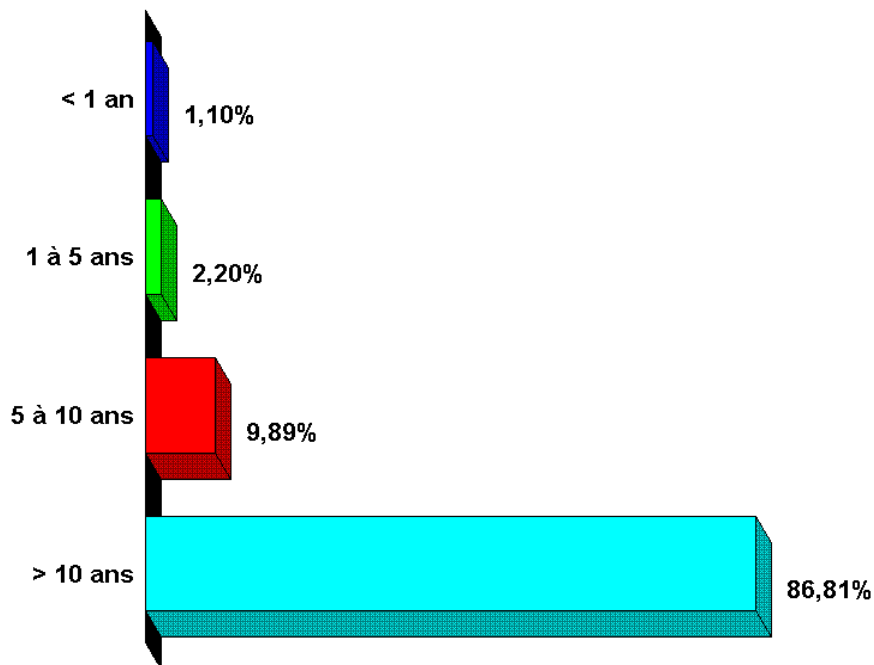


Figure 6 : Tranches d'âge de l'effectif étudié

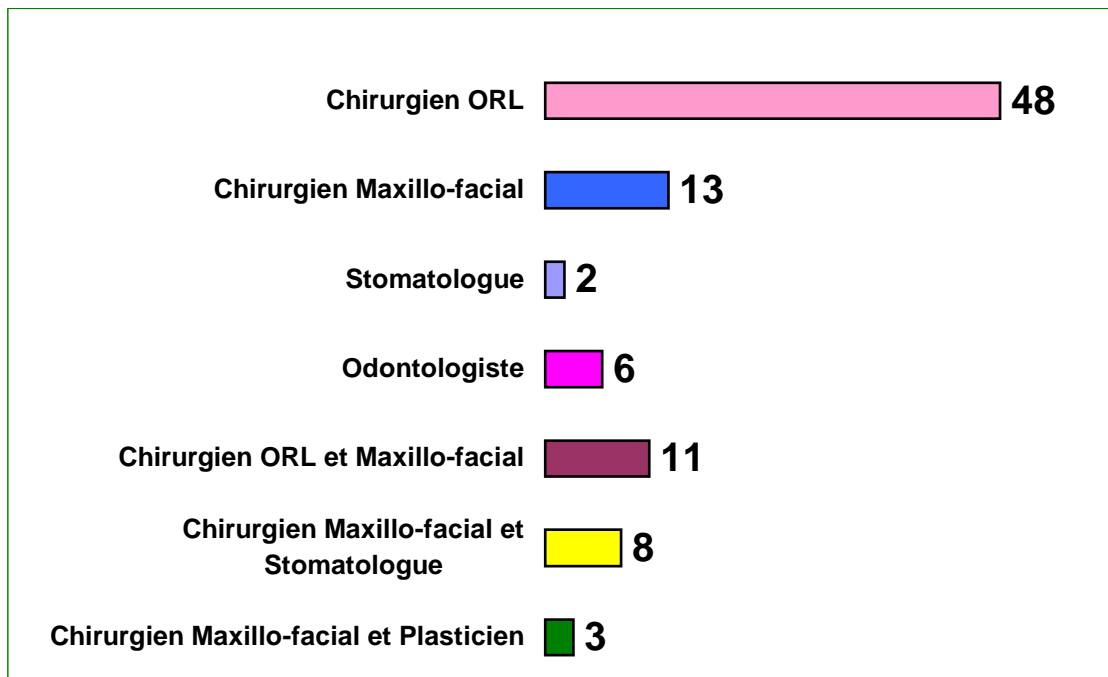


**Figure 7 : Répartition des praticiens selon le sexe**



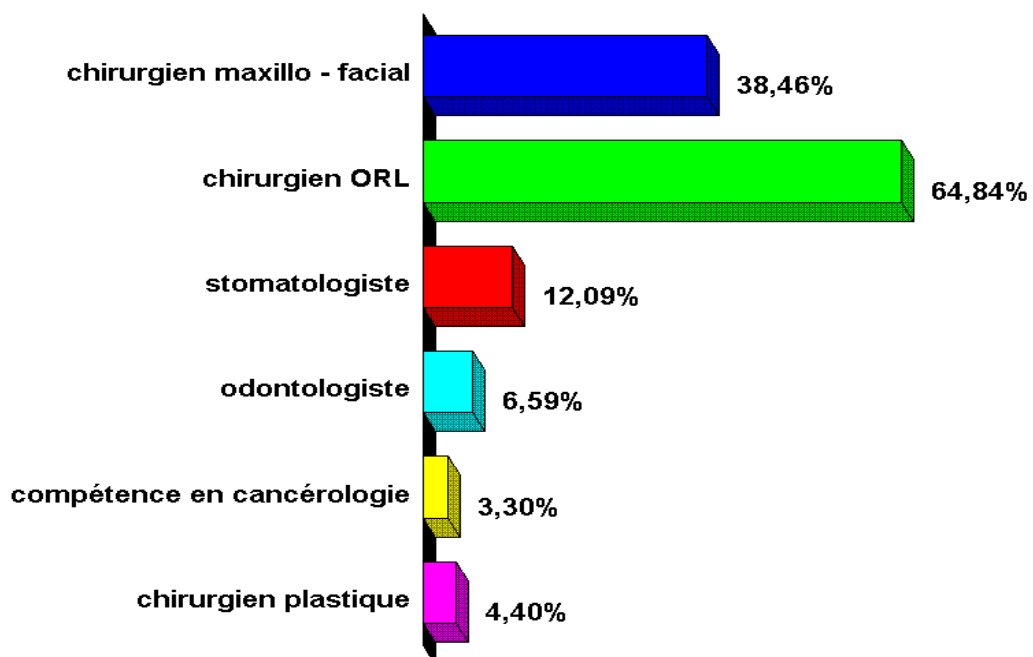
**Figure 8 : Expérience en cancérologie des praticiens**

Dans notre étude (figure 9) parmi les praticiens exerçant une spécialité exclusive nous comptabilisons 48 chirurgiens ORL dont 2 disposant de compétence en cancérologie, 13 chirurgiens maxillo-faciaux dont 1 disposant d'une compétence en cancérologie, 6 odontologistes et enfin 2 stomatologistes. Certains praticiens disposent d'une double spécialité. Il est ainsi dénombré 11 chirurgiens maxillo-faciaux et ORL, 8 maxillo-faciaux et stomatologistes enfin 3 praticiens spécialisés en maxillo-faciale et chirurgie plastique.



**Figure 9 : Répartition numérique des différentes spécialités**

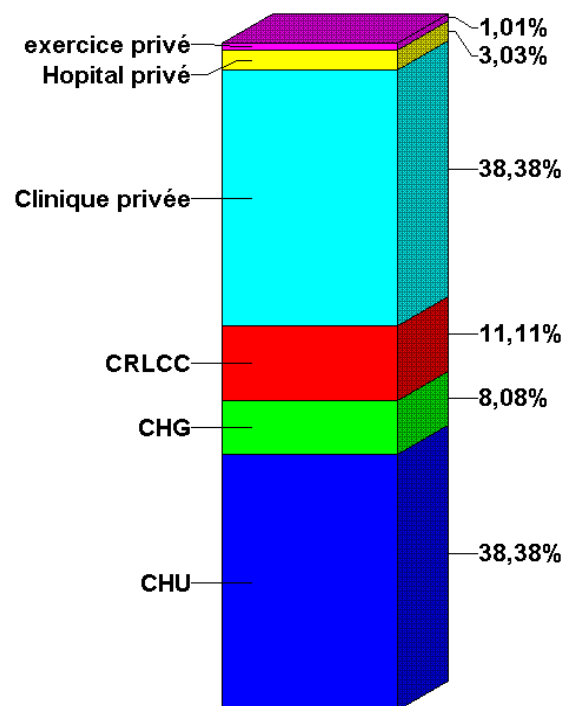
La spécialité médicale la plus représentée au sein de l'effectif est constituée par les chirurgiens ORL, puis les chirurgiens maxillo-faciaux, les stomatologues et enfin les odontologues compte tenu de l'existence de doubles spécialités chez 21 praticiens (figure 9).



**Figure 10 : Représentativité des différentes spécialités médicales**



Ces praticiens exercent pour 46,46 % en établissement public (CHU :38,38 % et CHG :8,08%) et 42,42% en établissements privés (cliniques privées 38,38%, hôpitaux privés 3,03%, exercice libéral 1,01%). Environ 11% des praticiens exercent dans des centres régionaux de lutte contre le cancer qui sont des établissements privés à but non lucratifs (décret d'application du 22 décembre 1994 - JO du 24 déc.1994). Ces centres de lutte contre le cancer font partie intégrante des établissements de santé privés participant au service public hospitalier. La somme des différents pourcentages est supérieure à 100 en raison d'un exercice à la fois privé et public pour certains professionnels de santé. Dans notre échantillon il existe donc un rapport d'équilibre entre le secteur privé et le secteur public (figure 11).



**Figure 11 : Modalité d'exercice des praticiens**

La représentativité de notre échantillon nous semblait intéressante à étudier. Le Conseil National de l' Ordre des Médecins recense au 31 Décembre 2000 les effectifs suivants :1505 Stomatologistes et Chirurgiens maxillo-faciaux (1261 Hommes et 244 Femmes) et 2946 spécialistes ORL (2511 Hommes pour 435 Femmes). Ces deux spécialités chirurgicales sont majoritairement masculines avec un rapport de 10 hommes pour 1,6 femmes en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale et de 10 hommes pour 1,4 femmes en ORL. Les spécialités de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale sont numériquement indifférenciables compte tenu des réformes successives dans ces disciplines au cours des études médicales. Par ailleurs nous ne connaissons pas la répartition des praticiens au sein des établissements privés et publics au niveau national. Notre échantillon appelle un certain nombre de remarques :

- Les stomatologistes exclusifs sont peu nombreux au sein de notre cohorte. L'explication tient au fait qu'ils sont peu nombreux à pratiquer la chirurgie carcinologique.
- La représentativité homme - femme est fidèle à ce qui est habituellement observé dans les spécialités chirurgicales.
- Les spécialistes ORL sont nombreux au sein de notre échantillon . Beaucoup de ces praticiens ont une activité orientée vers la chirurgie carcinologique des VADS, il était logique de les retrouver en grand nombre dans notre étude.
- Les chirurgiens maxillo-faciaux constituent la deuxième catégorie de spécialistes à prendre en charge ces patients sur le plan chirurgical.

### **3.4 - Passation du questionnaire**

Tous les questionnaires ont été adressés par courrier, accompagnés d'une lettre explicative (annexe 2) sur la nature du travail réalisé, sollicitant une participation par réponse anonyme et demandant un retour dans une enveloppe jointe affranchie. Les praticiens interrogés n'étaient pas prévenus au préalable de l'enquête. Une relance téléphonique a été réalisée entre la 5ème et la 6ème semaine après l'envoi initial.

Un taux de réponse de **57,92 %** a été obtenu soit 95 retours sur 164 personnes interrogées. Sur ces 95 réponses, nous avons exploité 91 questionnaires, les autres (4) n'ont pas été traités car les praticiens nous ont informé qu'ils n'assuraient pas la prise en charge de cette pathologie. Ce taux de réponse est très satisfaisant : classiquement une enquête par questionnaire recueille au maximum 30 % de réponses.

En 1995, au Royaume-Uni une étude similaire à la nôtre avec un envoi de 257 questionnaires à des professionnels de santé (Chirurgien maxillo-facial) évaluant les pratiques en chirurgie carcinologique de la face avait également obtenu un taux de réponse de 58%.

En 1991 une autre enquête de 15836 questionnaires adressés aux chirurgiens-dentistes britanniques, lecteurs de la revue British Dental Journal, destinée à tester leurs connaissances et à explorer leurs pratiques dans le domaine de la cancérologie de la cavité buccale n'avait obtenu qu'un score de 16 %.

Chaque étude étant unique, les taux de réponse restent variables. Des éléments nous incitent à penser que notre étude a bénéficié d'un taux de réponse très satisfaisant : de nombreux professionnels séduits par l'enquête ont demandé à en connaître les résultats ; les réponses dans leur grande majorité (85%) ont été obtenues dans des délais très raisonnables de l'ordre de 3 semaines. Tous les praticiens ayant répondu à notre enquête seront informés des résultats de celle-ci par un courrier prévu début septembre 2001.

### **3.5 - Exploitation des réponses**

Les résultats ont été collectés et analysés par le logiciel ETHNOS 2 destiné spécifiquement au dépouillement d'enquêtes et d'analyse statistique des données. Ce logiciel s'adresse aussi bien à des professionnels de l'enquête qu'à des utilisateurs occasionnels pour des études de marketing, de formation, de ressources humaines, de qualités...La puissance du logiciel et sa facilité d'utilisation permet de

traiter des questionnaires comportant jusqu'à 16 000 variables et 250 modalités par question fermée. La grande variété de traitements des informations sous forme de tableaux et de graphiques ainsi que la possibilité d'export des tableaux vers les traitements de texte du marché ont constitué des atouts qui ont motivé son utilisation. De ce fait nous nous sommes servis également du logiciel Excel pour la présentation de certains graphiques.

## 4 - HISTOIRE DE LA RECHERCHE

### 4.1 - Genèse de la problématique

La problématique est née à la suite de constats cliniques résultant de plusieurs années de pratique professionnelle. Beaucoup de patients présentent des foyers infectieux dentaires survenant dans des délais courts par rapport à leur thérapeutique de cancer des VADS. Deux hypothèses : les foyers infectieux existaient lors du diagnostic, ou bien ils résultent d'une dégradation rapide des organes dentaires après la radiothérapie. Ces deux hypothèses conduisent au même constat : **le dysfonctionnement de la prise en charge bucco- dentaire.**

En pratique quotidienne il est fréquemment constaté l'absence de remise en état de la cavité buccale chez ces patients : les soins dentaires n'ont pas été effectués avant la radiothérapie, rares sont les patients qui bénéficient d'un suivi approprié. Pour certains chirurgiens dentistes, ces patients sont des patients à haut risque sur le plan thérapeutique et ils ne souhaitent pas les soigner ! Des difficultés surgissent lorsqu'il faut prendre en charge un patient pour un problème aigu : les dossiers circulent mal, les comptes-rendus opératoires ne nous parviennent que très difficilement : qui a opéré le patient ?, quels sont les champs d'irradiation précis ?, quelle dose de rayons a été délivrée au niveau des maxillaires ?. Autant de renseignements indispensables mais difficiles à obtenir pour bien mener le traitement.

Véritable parcours du combattant lorsque le patient a déménagé, ne se souvient pas du chirurgien qui l'a opéré ! Il existe parfois un véritable désordre structurel. Les hommes de bonne volonté ne sont pas rares, mais la mécanique est souvent déficiente. L'attente des patients est longue avant l'obtention d'un compte rendu chirurgical et il comporte rarement de réponses aux interrogations du chirurgien dentiste.

La survenue d'une complication infectieuse aiguë chez ces patient irradiés est parfois difficile à maîtriser, elle nécessitera toujours des précautions draconiennes, très souvent une hospitalisation, afin de réaliser des actes bénins telle une extraction dentaire, exposant alors le patient à des risques majeurs notamment **l'ostéoradionécrose**. Tous les actes seront encadrés par une couverture antibiotique tout sera beaucoup plus compliqué qu'au préalable, le surcoût du traitement sera inévitable.

L'interrogatoire confirme très souvent le fait que les problèmes dentaires sont restés secondaires lors de l'annonce du diagnostic, puis rapidement se sont enchaînés le traitement chirurgical et la radiothérapie. Tout se passe comme si les dents restaient encore au XXI<sup>ème</sup> siècle des accessoires négligés de tous, hormis le jour où elles

deviennent responsables d'une symptomatologie préoccupante compte tenu des antécédents médicaux du patient.

Il est surprenant de constater que beaucoup de patients ne sont pas appareillés après la chirurgie d'exérèse carcinologique. Les raisons expliquant l'absence de restauration prothétique sont intéressantes à explorer : coût, motivation du patient, propositions du praticien, compétence en prothèse maxillo-faciale, difficultés de réalisation prothétique très différente de la prothèse dentaire conventionnelle, espérance de vie réduite associée à une faible exigence esthétique et fonctionnelle chez ces patients.

La culpabilité d'avoir développé un cancer des VADS est importante chez ces patients pour qui le grave préjudice causé par la chirurgie devient alors le véritable prix à payer pour guérir.

Le succès en cancérologie cervico-faciale est - il limité par le fait que nous avons affaire à une population particulière pour laquelle le combat est perdu d'avance ? Cette constatation n'entraîne - t - elle pas également une démobilisation des équipes médicales ? Ce « burn out syndrome » du personnel médical peut-il expliquer une partie de la mauvaise prise en charge des patients ? Les résultats thérapeutiques obtenus dans d'autres spécialités oncologiques sont comparativement beaucoup plus encourageants .

Par ailleurs, ces patients ne bénéficient pas tous d'un suivi bucco-dentaire, de fluorothérapie, de surveillance de la bonne intégration prothétique, et sont généralement très peu informés des conséquences de leur irradiation sur le plan dentaire. De même, peu de patients bénéficient d'une prise en charge de leur pathologie addictive (alcool, tabac). Le cancer des VADS survient préférentiellement chez des patients alcooliques, tabagiques. Cette longue intoxication qui a délabré leur organisme, disloqué leur famille, est de plus l'indice de mauvaise adaptation sociale ou de fragilité psychologique. Ces cancers atteignent les organes de communication : la cavité buccale avec la langue, le larynx, organe de phonation. Les patients ne parleront plus de façon compréhensible, devenant aphones après la laryngectomie, et seront rééduqués par la voix oesophagienne. Des mois durant ils ne communiqueront plus que par des gestes ou par écrit, brefs messages sur une ardoise. Les mutilations causées par la chirurgie et la radiothérapie au niveau de la face et du cou constituent des stigmates évidents du cancer et ces patients deviennent des objets de pitié ou d'horreur. Ces sujets vulnérables au départ, supportent d'autant plus difficilement le cumul de traumatismes qu'ils n'ont pas ou peu de soutien familial et que leur niveau d'instruction est médiocre. Le repli sur soi, la résignation, l'apparente apathie, la poursuite des habitudes alcool-tabagiques - dont ils savent pertinemment qu'elles les ont détruits - rendent les contacts encore plus difficiles.

## **4.2 - Chronologie de la recherche**

La recherche s'est étalée depuis le mois de septembre 2000 jusqu'au mois de juillet 2001.

La recherche bibliographique a constitué la première étape indispensable à toute recherche à partir de base de données médicales comme Medline, puis de base française odontologique telle que Bibliodent. Les revues ou périodiques dans les spécialités médicales comme l'ORL, la Chirurgie maxillo-faciale et la Stomatologie

ont été consultés ainsi que les thèses en médecine et odontologie ayant trait au cancer des VADS.

Dans notre problématique, la recherche bibliographique s'est avérée peu fructueuse, peu d'auteurs se sont intéressés aux aspects odontologiques dans le cadre du traitement des cancers des VADS. Une nouvelle recherche bibliographique a été effectuée en cours d'étude au mois de mai afin de vérifier l'existence de nouvelles publications environ 9 mois après le début de la recherche. Cette nouvelle recherche n'a pas apporté d'éléments nouveaux dans le cadre de notre problématique.

Des entretiens exploratoires en direction de praticiens principalement odontologistes mais pas exclusivement ont confirmé l'existence de carences spécifiques dans la prise en charge de ces patients, ainsi que des difficultés de coordination des soins. L'observation et la pratique sur le terrain pendant plusieurs années ont contribué également à faire naître le projet de recherche, qui s'est progressivement affiné permettant le passage d'un objet d'intérêt à un véritable sujet de recherche.

L'élaboration du plan de recherche a comporté les étapes habituelles et successives suivantes :

➤ Formulations des hypothèses :

Dans notre travail de recherche l'hypothèse principale à vérifier était la suivante : **La présence de l'odontologiste peut - elle améliorer la prise en charge des patients atteints d'un cancer des VADS ou conduit-elle seulement à l'addition d'un acteur de santé dans un contexte où le travail en multidisciplinarité est difficile ?**

Notre hypothèse de travail étant explicitée nous l'avons subdivisée en une pluralité de sous objets. Cela a permis au sein de la recherche de renforcer l'effet démonstratif et la validation de la preuve . Nous avons ainsi exploré successivement les objets suivants :

- Organisation de la consultation pluridisciplinaire (acteurs médicaux et non médicaux présents, participation de l'odontologiste, difficultés rencontrées ).
- Perception de l'odontologiste par les autres professionnels de santé
- Connaissances des spécificités dentaires par les « non odontologistes » .

Enfin la dernière question avait fonction exploratoire ultime en demandant aux praticiens si au cours de leur pratique clinique des problèmes éthiques apparaissaient.

➤ Elaboration du questionnaire :

Une lettre d'accompagnement brève, à entête du Laboratoire d'Ethique Médicale présentait à la fois l'intention de l'enquête et les identités des personnes participant à celle-ci. Le préambule résumait la thématique de recherche devant laquelle les chercheurs étaient placés, donnant ainsi au lecteur l'envie de participer activement à notre étude. Nous avons insisté sur la garantie d'anonymat et nous nous sommes engagés à tenir informés les praticiens des résultats de notre étude.

L'élaboration du questionnaire a nécessité de multiples rendez vous avec le directeur de la formation doctorale, le directeur, co-directeur de DEA, des membres

du comité du DEA ainsi que des étudiants sollicités au cours de séminaires organisés dans le cadre du DEA.

Ce questionnaire a été testé sur quelques personnes de la sphère médicale et non médicale . Nous y avons apporté des modifications en tenant compte des remarques faites. Ce questionnaire comporte 28 questions nécessitant un temps de réponse court , de l'ordre de 15 à 20 minutes. Certaines questions, au nombre de 7, invitent l'interrogé à commenter ou expliciter le choix de sa réponse. La finalité étant de recueillir le maximum d'informations sur les pratiques.

Seule la première question regroupant plusieurs items constitue le talon de notre questionnaire. Cette première question est essentielle pour l'enquête dans la mesure où elle permet de recueillir toutes les informations au sujet de l'enquêté et de la relier avec la pratique.

➤ Constitution du fichier des praticiens enquêtés :

L'enquête par correspondance suppose un fichier d'adresses précis et fiable. Notre difficulté principale a été la constitution d'une telle liste de praticiens quelle que soit la spécialité, ciblée sur des professionnels s'intéressant à la cancérologie cervico-faciale. Notre souci principal était d'éviter des envois inutiles en direction de praticiens ne pratiquant pas la cancérologie. Cette tâche a nécessité plusieurs jours de travail.

➤ Envoi des questionnaires :

Tous les questionnaires ont été adressés le même jour soit le 5 février 2001.

➤ Recueil de données :

Toutes les réponses ont été recueillies par retour de courrier, s'étalant entre le 26 février 2001 et le mois de Mai 2001 pour les plus tardives.

➤ Traitement des données :

Toutes les données ont été collectées puis saisies sur informatique. Nous avons utilisé à la fois le logiciel Ethnos version 2 et Excel Microsoft 2000 pour la présentation graphique des résultats.

➤ Analyse des résultats :

De cette analyse , l'hypothèse principale sera confirmée ou infirmée. La rédaction du mémoire de DEA exposera dans l'ensemble la problématique, la méthodologie employée, les résultats obtenus, les critiques et les conclusions sur le travail de recherche.

## 5 - RESULTATS OBTENUS

Question 2 : Dès le diagnostic établi ou confirmé de lésion cancéreuse des voies aéro-digestives supérieures (VADS) organisez - vous une consultation multidisciplinaire ?

A cette question de l'existence ou non d'une consultation multidisciplinaire la réponse est oui à 93% ( figure11). Parmi les praticiens ayant répondu par la négative (6), nous rencontrons 5 chirurgiens ORL et un stomatologiste, tous exerçant en clinique privée et bénéficiant tous de plus de 10 ans d'expérience en cancérologie.

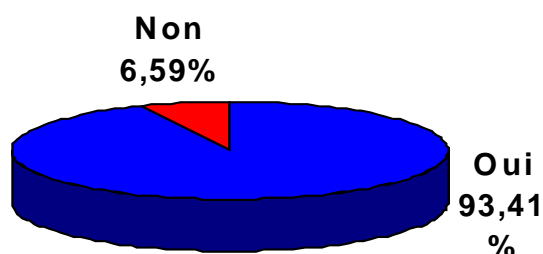


Figure 12 : Organisation d'une consultation multidisciplinaire

Cette consultation n'est « pas systématiquement nécessaire » pour un praticien qui juge de l'utilité de celle-ci au cas par cas, enfin pour un autre praticien elle est organisée au centre anticancéreux mais après la phase chirurgicale !

Notons que la circulaire de mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie stipule que les soins doivent faire l'objet d'une concertation avec mise en place de schémas de prise en charge fondés sur des protocoles validés scientifiquement et **prise de décision thérapeutique pluridisciplinaire**.

Le praticien aujourd'hui encore « s'approprie » le malade. Les rivalités de disciplines, les joutes personnelles, les enjeux de pouvoirs, les intérêts divergents des services contribuent à prendre le malade en otage. Pour C. LANGLAIS chirurgien et chef de service en oncologie « *la médecine est encore trop libérale, même à l'hôpital public. Un exemple : le radiothérapeute auquel **mes** malades sont expédiés. Il a trente ans, (j'en ai soixante). Il leur colle la dose maximale et les esquinte tous sous prétexte qu'il y a 10% de risque de récurrence. Moi j'essaie de le convaincre de ne pas abîmer les 90% de non-récidivistes, et de me laisser m'occuper des autres. Impossible. Nous devrions nous mettre d'accord sur un protocole entre chirurgiens et radiologues. Mais on s'y bagarre sur des sujets annexes Un vrai hôpital, un vrai centre, ce devrait être une équipe pluridisciplinaire qui entoure le malade. Au contraire on se dispute, l'un pour l'irradier, l'autre pour opérer, le troisième pour chimiothérapier. Ce n'est pas raisonnable... ».*

Quand l'armistice sera-t-il signé entre tous les protagonistes ?

**Question 3 : Si la réponse est oui à la question précédente, quels sont les acteurs médicaux et non médicaux présents à ce stade ?**

Pour 3 praticiens ORL, la pluridisciplinarité débute à partir de deux praticiens, la consultation pluridisciplinaire se réalisant avec le radiothérapeute exclusivement. Pour ces 3 praticiens, deux exercent en clinique privée et un en centre hospitalier général.

Pour 22 praticiens la consultation pluridisciplinaire est organisée autour des 3 spécialistes suivants : le chirurgien soit ORL ou maxillo-facial, le radiothérapeute et le chimiothérapeute.

Pour 26 praticiens il est dénombré 4 spécialistes avec, en plus des spécialités précédentes, soit le stomatologiste soit le chirurgien dentiste.

Pour 13 praticiens, la consultation s'organise autour de 5 spécialistes incluant en plus par rapport au groupe précédent une autre spécialité chirurgicale (maxillo-faciale, chirurgie à orientation plastique).

Enfin pour 20 praticiens il est organisé une consultation pluridisciplinaire de plus de 6 intervenants, le 6<sup>ème</sup> acteur étant le plus souvent un paramédical. Nous constatons que la consultation regroupant plus de 6 acteurs est organisée dans les établissements publics dans 60% des cas, dans des établissements privés dans 25% des cas, et dans les CRLCC dans 15% des cas.

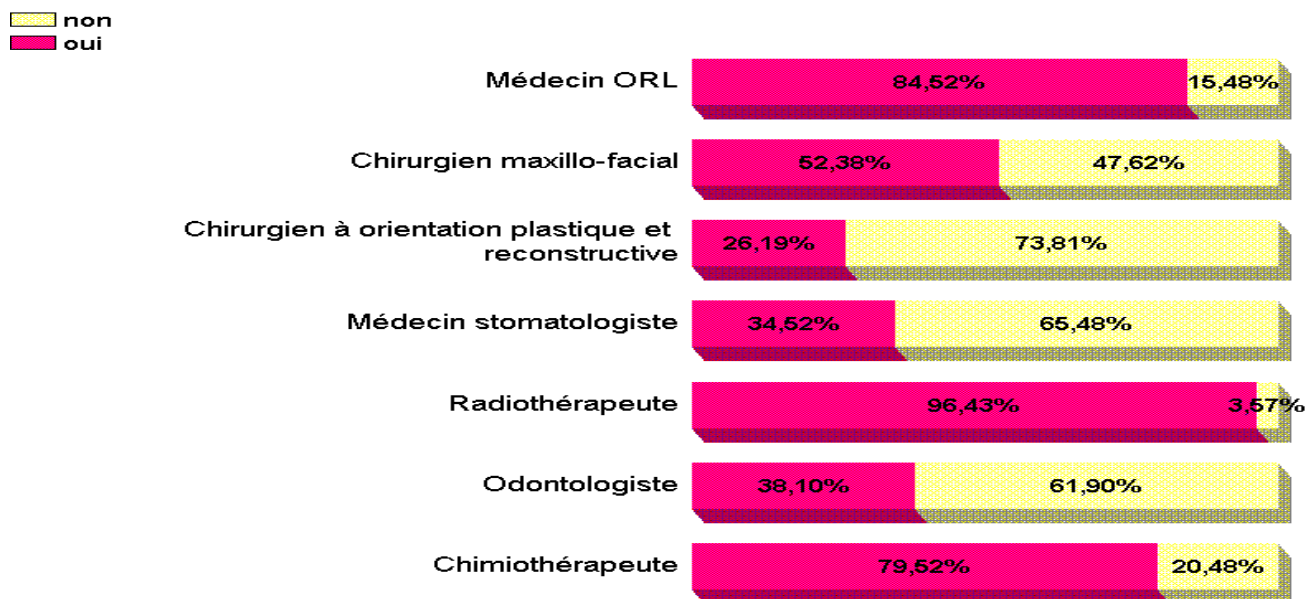
Parmi les praticiens médicaux les plus représentatifs de la consultation multidisciplinaire (figure 13) nous retrouvons respectivement le radiothérapeute, le chirurgien ORL, le chimiothérapeute, le chirurgien maxillo-facial, l'odontologiste et le stomatologiste. Il est intéressant de remarquer que pour ces deux dernières spécialités leurs participations sont relativement proches l'une de l'autre, l'odontologiste étant présent dans 38 % des consultations alors que le stomatologiste est présent dans 34% des cas. Par ailleurs la présence de l'un est presque exclusive de l'autre. Nous rappelons que le stomatologiste a traditionnellement une activité orientée vers la pratique chirurgicale alors que le chirurgien dentiste effectue surtout des soins conservateurs ainsi que des restaurations prothétiques.

Notre étude aboutit à un constat affligeant avec une absence totale de compétence sur le plan odonto-stomatologique et ce dans 46,15 % des cas où aucune des deux spécialités n'est retrouvée lors de la consultation pluridisciplinaire (soit dans 42 cas sur 91) .

Autre constatation : seul un praticien dit solliciter le psychiatre pour cette consultation multidisciplinaire. Les facteurs psychosociaux associés à la survenue des cancers des VADS nous paraissent mériter une évaluation soignée, effectuée par un psychiatre averti. La gravité des facteurs psychosociaux (taux d'inactivité professionnelle important, enchaînement d'échecs fréquents tant dans la vie scolaire que conjugale ou familiale aboutissant souvent à l'exclusion) nécessite plus qu'un accompagnement psychologique dans le but d'améliorer la compliance du patient au traitement et de diminuer son angoisse.

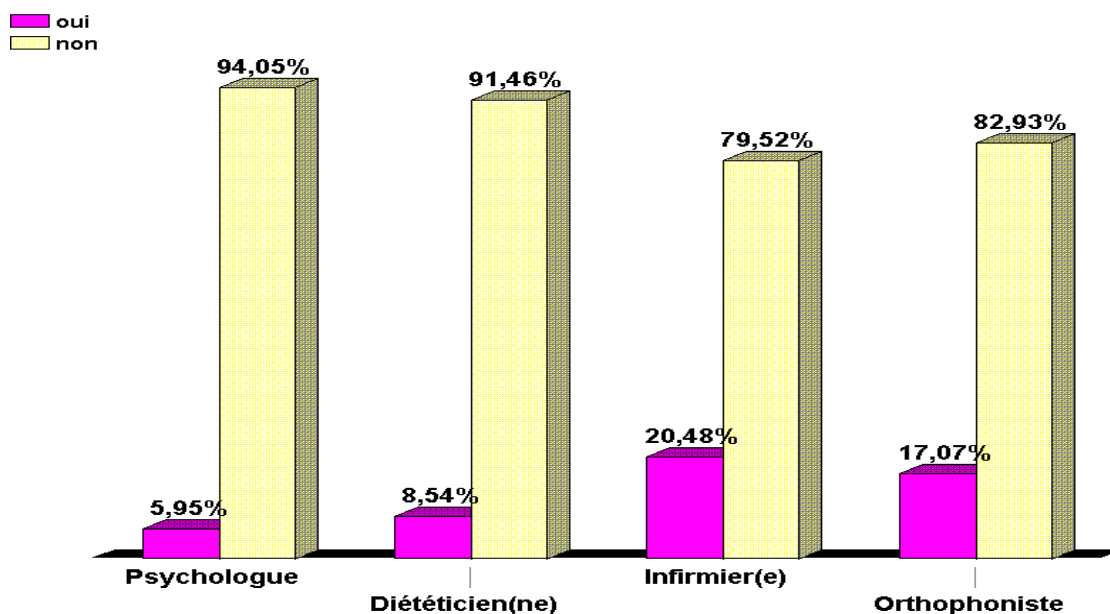
Parmi les autres acteurs mentionnés une fois, il est noté la présence du médecin de famille, d'une assistante sociale , d'un kinésithérapeute et d'un épithésiste facial.





**Figure 13 : Analyse des professionnels médicaux présents à la consultation pluridisciplinaire ( présent = oui - absent = non)**

Nous constatons également que le personnel paramédical participe très peu à ces consultations (figure 14), la profession la plus impliquée étant les infirmières (20 % des cas). Les psychologues, diététicien(nes) et orthophonistes sont exceptionnellement présents. Lorsqu'il est présent, le personnel paramédical participe à la consultation multidisciplinaire en qualité d'exécutant d'une prescription médicale mais a-t-il réellement le droit de parole, la possibilité de s'exprimer sur un projet thérapeutique ?



**Figure 14 : Participation du personnel paramédical à la consultation multidisciplinaire**

Question 4 : Ressentez-vous des difficultés dans la prise en charge de ces patients ?

Pour la grande majorité de praticiens interrogés soit 69% aucune difficulté n'est ressentie dans la prise en charge des patients. Pour 30 % de praticiens des difficultés existent.

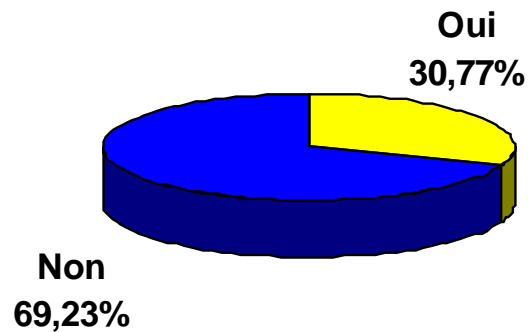


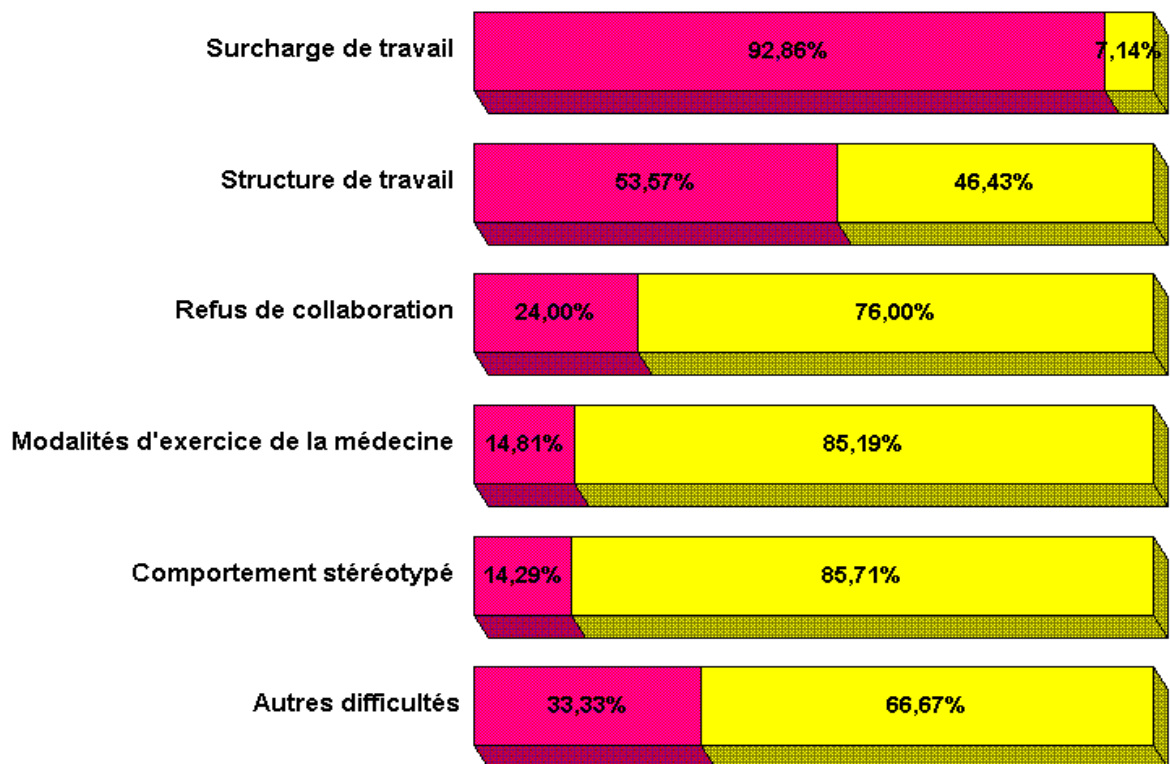
Figure 15 : Difficultés dans la prise en charge des patients

Question 5 : Ces difficultés si elles existent, résultent à votre avis des facteurs suivants :

- A - structure de travail ne permettant pas une collaboration aisée avec les différents intervenants (lourdeur administrative, gestion des RDV...)
- B - surcharge de travail des différents acteurs et difficultés à les réunir
- C - modalités d'exercice de la médecine en France notamment fort degré de différenciation des spécialités rendant la prise en charge globale difficile
- D - refus de collaboration de certains confrères ( mésestente, conflits)
- E - comportements stéréotypés des différents acteurs
- F - autre : précisez

Parmi les praticiens ayant exprimé des difficultés nous avons cherché à connaître la nature des problèmes rencontrés (figure 16 ).

■ non  
■ oui



**Figure 16 : Nature des difficultés rencontrées**

- La surcharge de travail constitue dans 92% des cas la principale revendication. Les emplois du temps des différents praticiens rendent difficile l'organisation d'une concertation pluridisciplinaire avant de mettre en route une thérapeutique.
- La structure de travail ne semble pas adaptée à une collaboration efficace des divers partenaires ; les problèmes administratifs et de gestion constituent notamment des obstacles évidents. La légitimité des contraintes administratives, économiques est indiscutable, mais il faut reconnaître qu'elles modifient les conditions de l'exercice médical : les praticiens hospitaliers spécialistes se voient tous transformés en bureaucrates, en virtuoses de l'informatique, jonglant avec la nomenclature, les sigles, le PMSI, et de ce fait passent moins de temps avec le patient et avec leurs confrères. Pour F. QUERE : « *Par ses structures collectives, ses techniques d'investigation, son insuffisance de personnel, l'hôpital dilate l'angoisse que le malade éprouve du fait de sa maladie... les contacts personnels se raréfient, on a affaire à des gens toujours pressés, haut perchés derrière leurs grades et leurs dossiers* ».
- Les refus de collaboration de certains confrères sont avancés également par 24% des praticiens interrogés.
- Les modalités d'exercice de la médecine et notamment le fort degré de spécialisation ne constituent pas des difficultés prégnantes pour les praticiens. Le spécialiste sait de plus en plus de choses sur de moins en moins de choses. Le morcellement des connaissances est de plus en plus marqué, chacun est compétent dans sa discipline mais ignore tout de celle de son voisin immédiat sur le plan anatomique.

- Le comportement stéréotypé signifie pour nous les habitudes de service, qui font que les choses se font comme cela depuis toujours, que la remise en question ne s'avère pas nécessaire puisque tout marche bien ! Les praticiens interrogés ne ressentent pas de difficultés à ce niveau dans 86% des réponses. Il existe une certaine hostilité spécifique des médecins à se remettre en question dans leurs pratiques et habitudes. Il a fallu plus de 20 ans aux chirurgiens pour admettre qu'il fallait remplacer l'intervention de HALSTED en cancérologie mammaire - intervention qui faisait de la femme une infirme -, par une autre tout aussi efficace et moins mutilante.

- D'autres difficultés ont été recensées par les praticiens et notamment la difficulté de réunir tous les praticiens spécialistes à un moment précis, le manque de personnel pour gérer la consultation pluridisciplinaire (infirmières, secrétaires,...), les problèmes de locaux, la dispersion des praticiens sur des sites différents, les délais trop importants pour l'obtention d'examen complémentaires (IRM, TDM), l'occupation des salles d'opérations ne permettant pas des collaborations chirurgicales, et l'absence de rémunération de cette consultation pluridisciplinaire pour les praticiens exerçant dans le privé.

Enfin pour un praticien « *un staff clinique n'a d'intérêt que s'il réunit plusieurs médecins de la même spécialité car autrement ceux-ci n'ont pas les mêmes compétences chirurgicales et influent sur le traitement en fonction de leurs capacités* ».

f - autre

précisez :    
*un staff n'a d'intérêt que s'il regroupe plusieurs médecins de la même spécialité car ceux-ci n'ont pas toujours les mêmes compétences chirurgicales et influent à cet effet en fonction de leurs capacités*

Ce témoignage illustre les enjeux de pouvoir entre spécialités médicales au détriment de l'intérêt du patient.

**Question 6 : Pouvez-vous classer ces difficultés rencontrées par ordre d'importance décroissante en utilisant les lettres des sous - rubriques de la question précédente ?**

A cette question beaucoup de praticiens ont répondu de façon parcellaire en ne classant que deux, voire trois difficultés. L'établissement d'un histogramme nous paraît de ce fait impossible et l'interprétation qui en résulterait serait erronée. Toutefois les deux principales difficultés sont en premier la surcharge de travail suivie de la structure de travail.

**Question 7 : A votre avis l'amélioration de la pratique multidisciplinaire passe impérativement par :**

- a ) l'élaboration de guides de bonnes pratiques médicales
- b ) l'évaluation rigoureuse des pratiques médicales
- c ) la formation de divers intervenants
- d ) le développement de moyens en matériel et en personnel

Pour une multitude de praticiens l'amélioration de la pratique passe en priorité par le développement en matériel et en personnel ce qui constitue un moyen de remédier à ce qui apparaissait comme la principale difficulté rencontrée dans l'organisation de la prise en charge de ces patients.

Un groupe conséquent de 70% de praticiens a souligné l'importance de la formation des divers intervenants pour solutionner une partie des difficultés rencontrées. Par le biais d'une formation continue devenue obligatoire depuis peu en France, on peut ainsi espérer une amélioration notable dans la prise en charge des patients.

L'évaluation rigoureuse des pratiques médicales est manifestement importante pour une grande proportion de praticiens (68,75%). Classiquement les médecins trouvaient humiliant de se soumettre à des contrôles, des évaluations de leurs performances et pratiques. Les mentalités semblent évoluer. Le concept de contrôle de qualité est dans tous les domaines de la médecine d'une extrême importance. L'évaluation doit se faire à la fois sur les structures en place (hôpitaux, cliniques,...), les stratégies médicales (moyens diagnostics, thérapeutiques) et la pratique professionnelle.

De ces évaluations naissent des résultats dont l'exploitation représentera une aide considérable aux choix stratégiques des médecins et des acteurs de santé. L'élaboration de guides de bonnes pratiques a été approuvée par plus de la moitié des praticiens interrogés (59%).

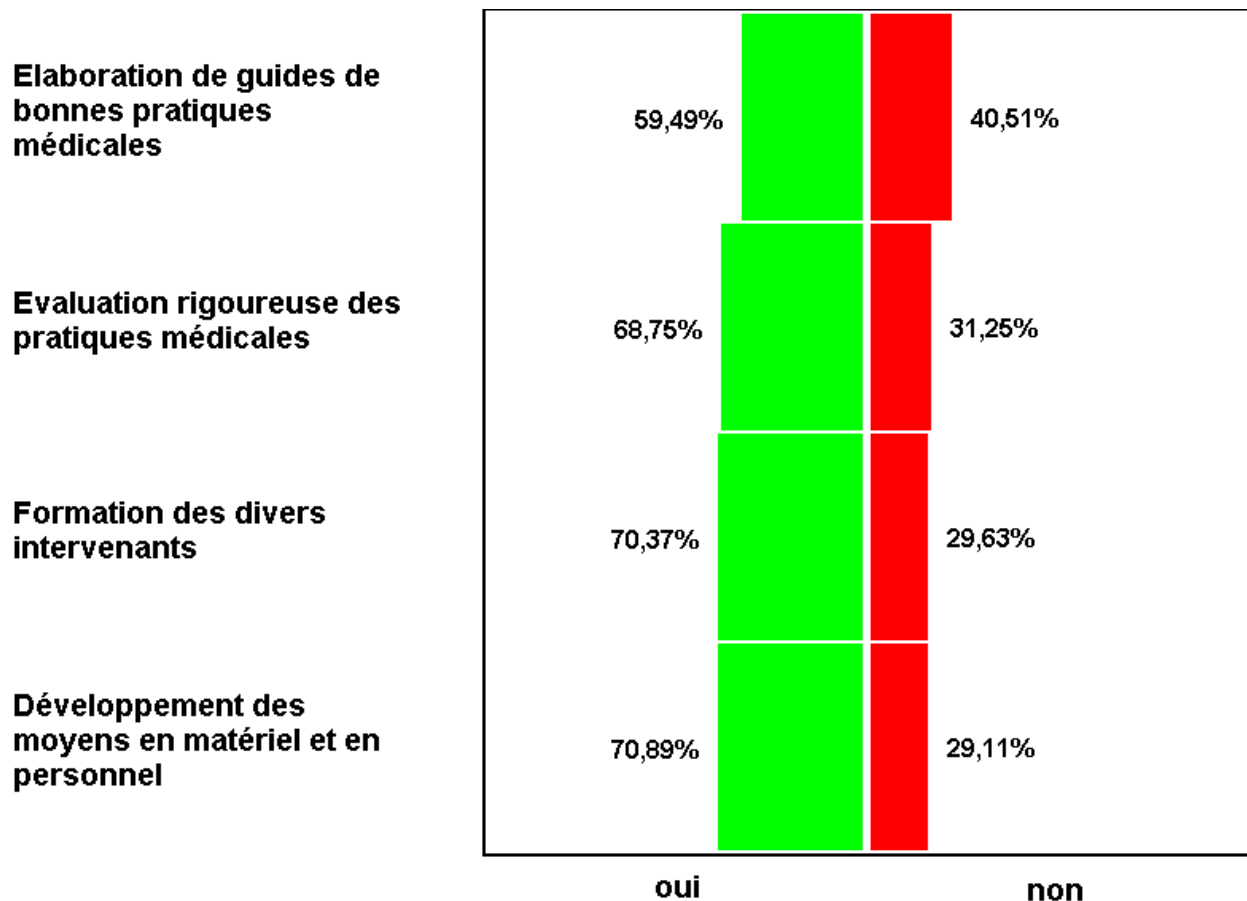


Figure 17 : Eléments permettant l'amélioration de la pratique multidisciplinaire

Question 8 : Dans l'hypothèse où il n'existe pas d'odontologue au sein de votre équipe, pensez-vous que sa présence serait :

- inutile
- peu utile
- utile
- très utile

La présence d'un odontologue au sein d'une équipe médicale pluridisciplinaire serait très utile pour 22% des praticiens et utile pour 35,59% d'autres (figure 18). Ces deux pourcentages totalisent plus de la moitié de notre échantillon (57,59%).

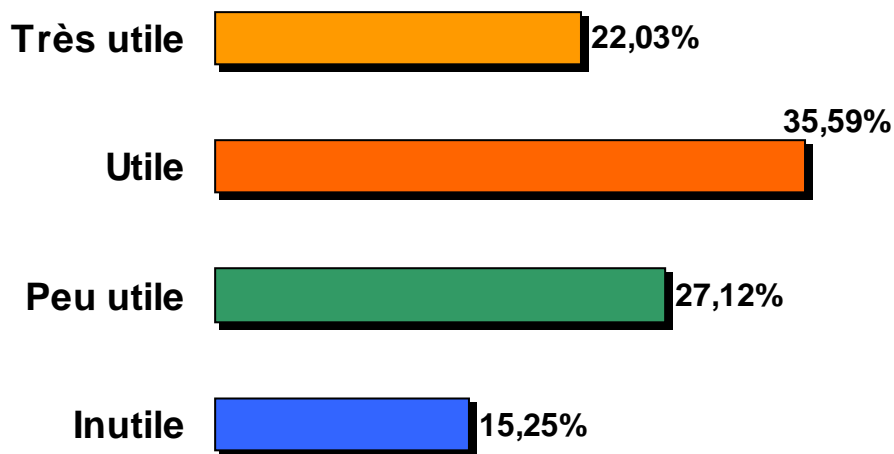


Figure 18: Evaluation de la présence de l'odontologue

Ces praticiens sont donc conscients qu'ils existent des spécificités dentaires qu'ils ne peuvent traiter personnellement.

A l'opposé, d'autres praticiens n'éprouvent pas le besoin de voir se greffer un odontologue au sein d'une équipe puisqu'ils l'estiment peu utile pour 27% à inutile pour 15%. Face à un cancer du plancher buccal, l'objectif du chirurgien sera de réaliser l'exérèse la plus large possible de la tumeur afin de limiter au maximum le risque de récurrence. Sa mission sera remplie à la fin de l'acte opératoire même s'il guérit le patient au prix de séquelles fonctionnelles importantes. L'objectif du chirurgien n'est pas encore la restitution « ad integrum ». Cette remarque explique que le chirurgien ne perçoit pas la nécessité de la présence du chirurgien dentiste dans le traitement du cancer des VADS. Le patient peut vivre sans obturateur, sans prothèses dentaires, il est sauvé, il guérit de son cancer, le reste est secondaire ! L'objectif du traitement reste individuel et varie selon l'acteur médical au lieu d'être multidisciplinaire et centré sur les qualités de cette survie.

Question 9 : Par rapport au cancer des VADS, les aspects buccodentaires vous paraissent :

- Négligeables
- Secondaires
- Importants
- Primordiaux

Les aspects bucco-dentaires apparaissent comme importants pour 72% et primordiaux pour 27% des praticiens interrogés. Plusieurs études ont souligné le fait que les facteurs dentaires (hygiène médiocre, traumatismes répétés par des prothèses inadaptées, par des dents délabrées, infection bucco-dentaire chronique) semblaient augmenter le risque de voir se développer une tumeur maligne. Toutes les spécialités médicales s'accordent à dire que les aspects odontologiques sont **prépondérants**, et donc ne devraient pas être relégués au dernier rang.

Il existe malheureusement un décalage très important entre la prise en compte d'un problème et la réalité sur le terrain en rappelant que chez 46% des praticiens questionnés il n'y a pas de consultation spécialisée faisant intervenir un odonto-stomatologiste chez ces patients où les besoins en soins bucco-dentaires sont considérables.

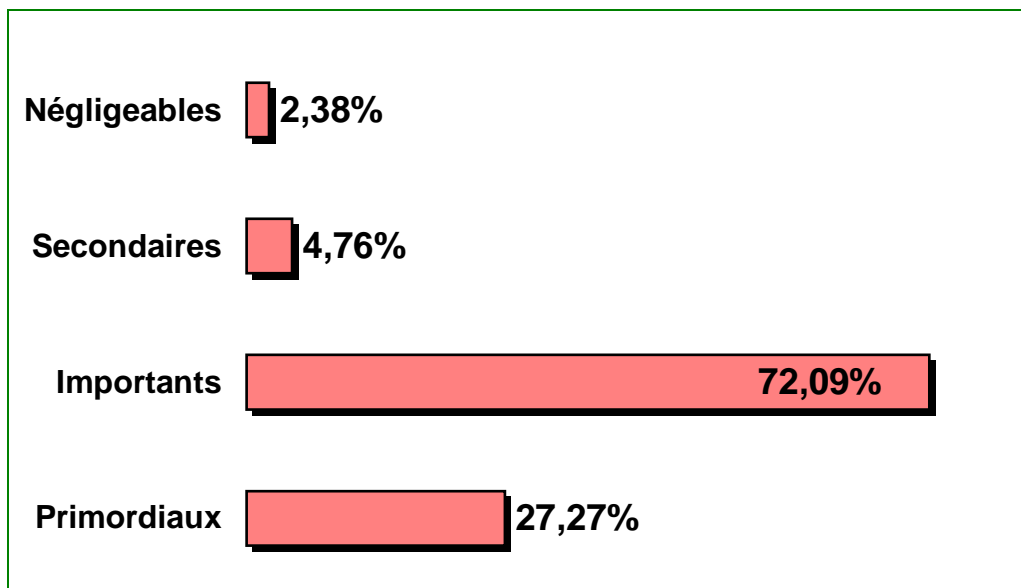
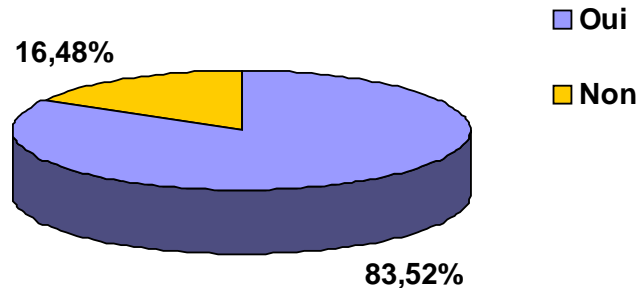


Figure 19 : Perception des aspects bucco- dentaires

Question 10 : Informez-vous le chirurgien dentiste traitant des thérapeutiques effectuées ou envisagées ?



**Figure 20 : Information du chirurgien dentiste des thérapeutiques effectuées**

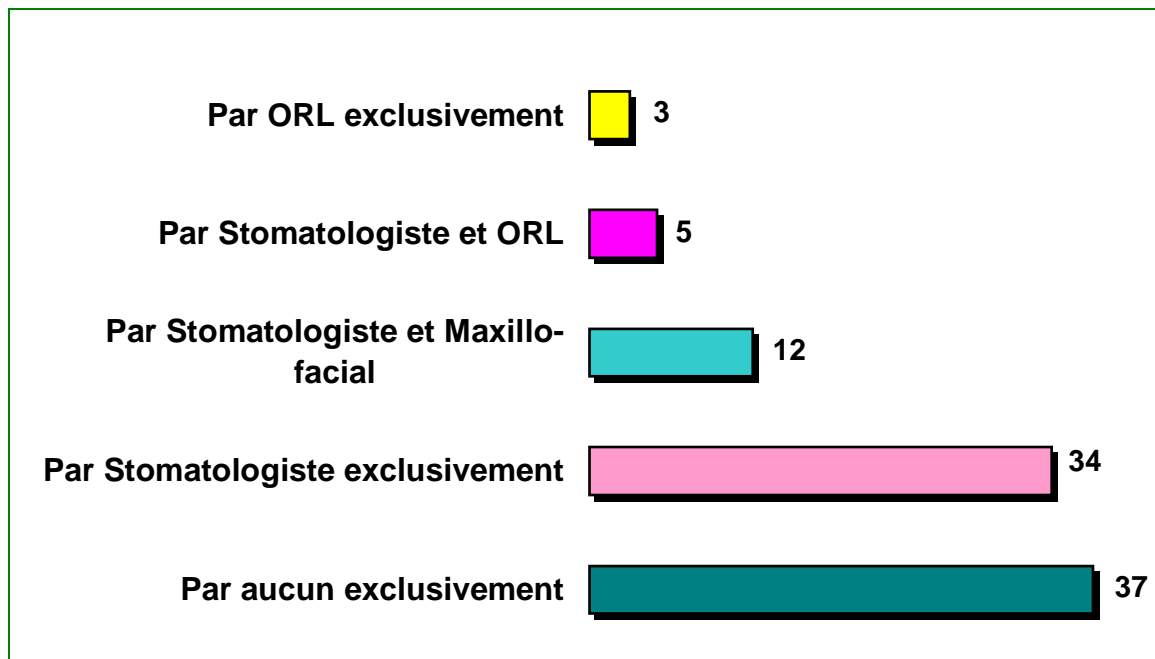
Dans une forte proportion (83%), les praticiens informent le chirurgien dentiste traitant des traitements effectués sur leurs patients. Nous ne pouvons pas savoir si cette information est spontanée ou si elle s'effectue à la demande du chirurgien dentiste traitant.

Dans 16% des cas, l'information n'est pas transmise au dentiste traitant. Les motifs exprimés par les praticiens par ordre de fréquence sont respectivement :

- Le patient n'a pas de dentiste traitant dans de nombreux cas. Cette remarque corrobore le fait qu'il s'agit de malades constituant une population particulière, ne consultant qu'exceptionnellement le praticien de la cavité buccale, rendant difficile de ce fait le diagnostic précoce des lésions cancéreuses.
- Les soins dentaires sont réalisés sitôt le bilan initial. Ces praticiens ne jugent pas nécessaire d'informer le dentiste traitant car ils ne situent pas dans une perspective d'avenir pour le patient, ils agissent en urgence dans le curatif, et ne pensent pas à l'avenir, à la nécessité de suivi permanent du patient.
- Les chirurgiens dentistes libéraux ne semblent pas intéressés par le fait de réaliser une remise en état de la cavité buccale rapidement (extractions multiples, soins conservateurs). Par ailleurs certains chirurgiens jugent les dentistes « *incompétents* » et préfèrent que les soins se réalisent en milieu hospitalier.
- Le manque de temps est évoqué également par certains praticiens.
- Le fait de ne pas y penser.

Question 11 : Pensez-vous que la prise en charge buccodentaire peut être effectuée exclusivement par le médecin ORL, le stomatologiste, ou le chirurgien maxillo-facial ?





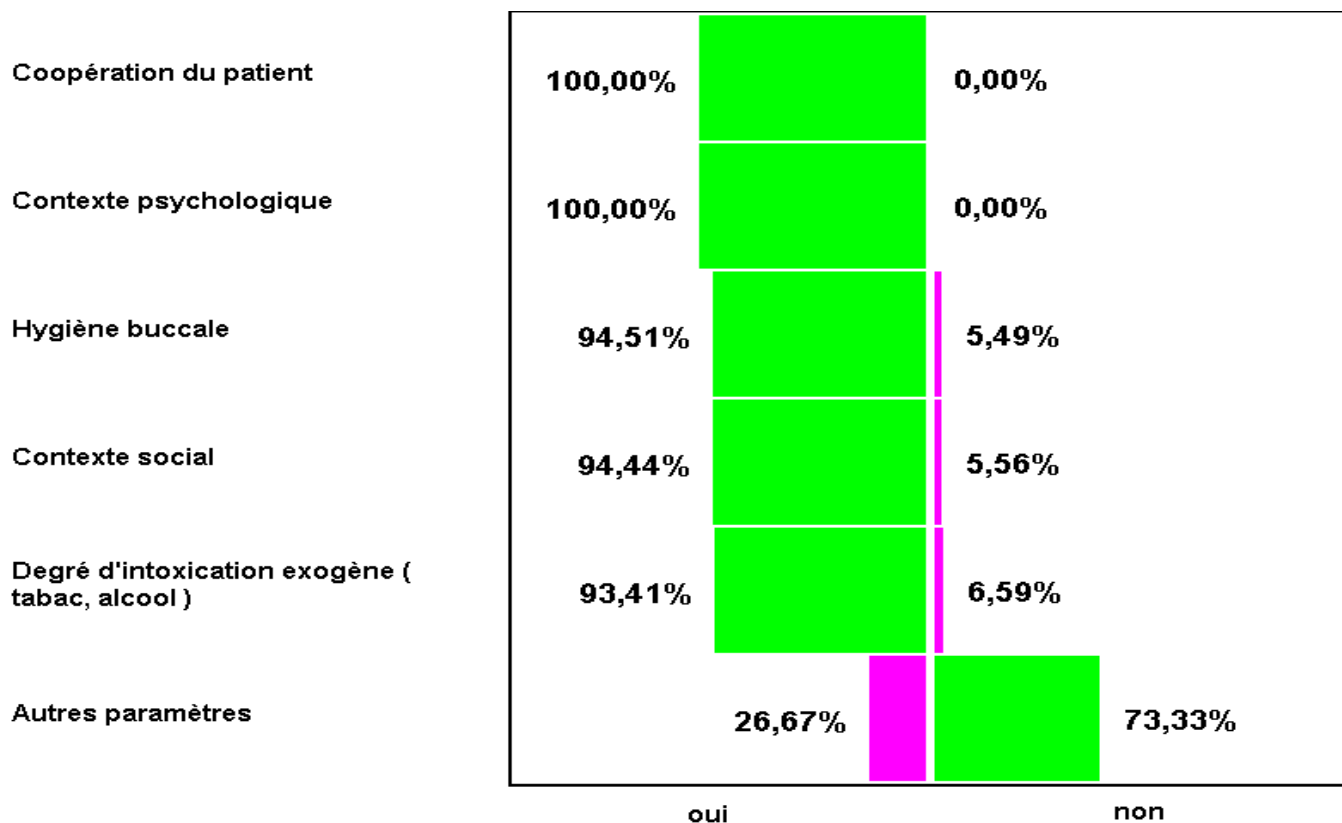
**Figure 21 : Exclusivité de la prise en charge buccodentaire**

Dans 37 questionnaires, les réponses étaient qu'aucune des spécialités proposées ne peut prétendre s'occuper spécifiquement des problèmes bucco-dentaires. Sur le reste de réponses exprimées, de façon majoritaire (61%), le stomatologiste apparaît le professionnel le plus compétent aux yeux de ses confrères pour aborder les spécificités buccodentaires. D'autres spécialistes pensent que le chirurgien ORL est à même de prendre en charge les spécificités dentaires. Parmi ce groupe de 3 praticiens nous constatons qu'ils sont tous ORL.

**Question 12 : Avant de débiter tout traitement chez un patient porteur d'un cancer des VADS, évaluez-vous successivement les paramètres suivants :**

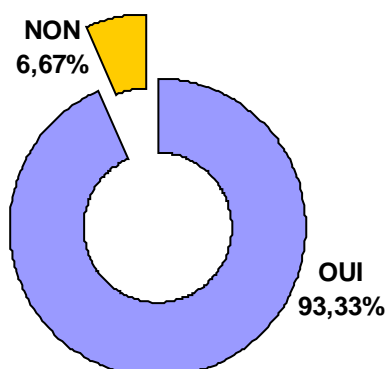
- Coopération du patient
- Contexte psychologique
- Hygiène buccale
- Contexte social
- Degré d'intoxication exogène
- Autre : précisez

Les résultats présentés dans la figure 22 apportent peu de commentaires. Les différents paramètres listés sont tous très largement évalués par les praticiens avant toute thérapeutique. Ces paramètres nous semblent déterminants pour l'orientation de la thérapeutique. Parmi les autres paramètres représentant 26% des réponses il est fait mention du contexte familial, de l'éloignement géographique du patient pour assurer le suivi, de son lieu et mode de vie (urbain ou rural), du contexte médical général (pathologies associés, stade d'évolution de la pathologie cancéreuse), des capacités physiques et intellectuelles du patient à subir les traitements et leurs effets indésirables.



**Figure 22 : Evaluation des différents paramètres avant traitement**

Question 13 : Demandez-vous au patient par une question franche et précise s'il accepte la thérapeutique que vous lui proposez ?



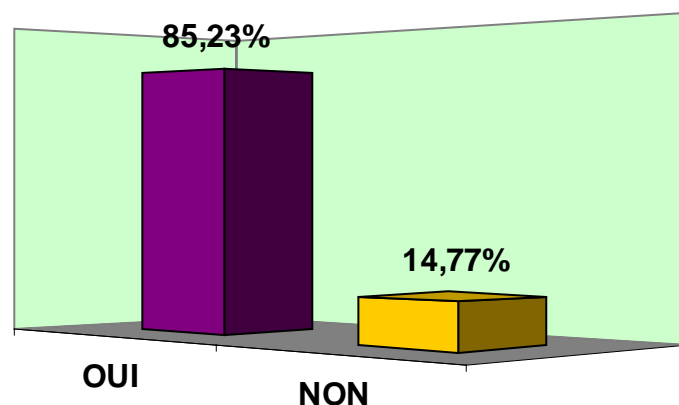
**Figure 23 : Obtention du consentement du patient aux thérapeutiques**

L'analyse des réponses montre que 93% des acteurs médicaux affirment demander le consentement du patient aux thérapeutiques (figure 23). En matière de traitements dits lourds, sous entendu le traitement d'un cancer des VADS, la nécessité d'une haute compétence de l'équipe soignante est primordiale. Le travail en multidisciplinarité est largement préférable à une décision médicale individuelle. Un comité de cancérologie des VADS apparaît **fondamental** pour susciter la réflexion, les critiques, partager les connaissances et prendre une décision collégiale.

Ce consentement aux soins n'est pas demandé par 6% de praticiens interrogés avec comme première raison évoquée la difficulté de compréhension des thérapeutiques par le patient. Le code de déontologie des médecins français dans l'article 35 rend obligatoire au praticien de renseigner intelligiblement le malade sur les traitements mutilants et sur les prescription médicales, **en s'assurant de sa compréhension**.

**Question 14 : Vous semble-t-il que l'information délivrée permette au patient de consentir ou non aux thérapeutiques proposées ?**

Cette question visait à l'auto évaluation des praticiens dans l'information qu'ils délivraient aux patients afin que ces derniers puissent consentir aux thérapeutiques. Pour qu'un malade accepte une thérapeutique lourde, il faut qu'il soit informé avec précision sur son état de santé, sur la maladie dont il souffre et sur les thérapeutiques dont il peut bénéficier. L'information reçue est l'élément déterminant pour consentir aux soins. Les limites de l'information sont dans le domaine de la cancérologie évidentes : la révélation du diagnostic peut créer un traumatisme grave, comment annoncer un faible pourcentage de survie avec une chimiothérapie agressive ? Dans notre étude, 85% des praticiens affirment donner une information permettant le consentement. Cette information délivrée est-elle simple, approximative, intelligible, loyale ou tronquée ? Le problème est beaucoup plus complexe comme le soulignent en aparté les praticiens.



**Figure 24 : Information délivrée et consentement aux thérapeutiques**

Le défaut d'information constitue pour le praticien une faute qui a permis dans quelques jugements récents de condamner le médecin alors qu'aucune faute technique n'avait été démontrée. Environ 15% des praticiens sont conscients de délivrer une information ne permettant pas le consentement du patient aux soins. Un praticien ne peut pas répondre à la question posée :

14) Vous semble-t-il que l'information délivrée permette au patient de consentir ou non aux thérapeutiques proposées ?

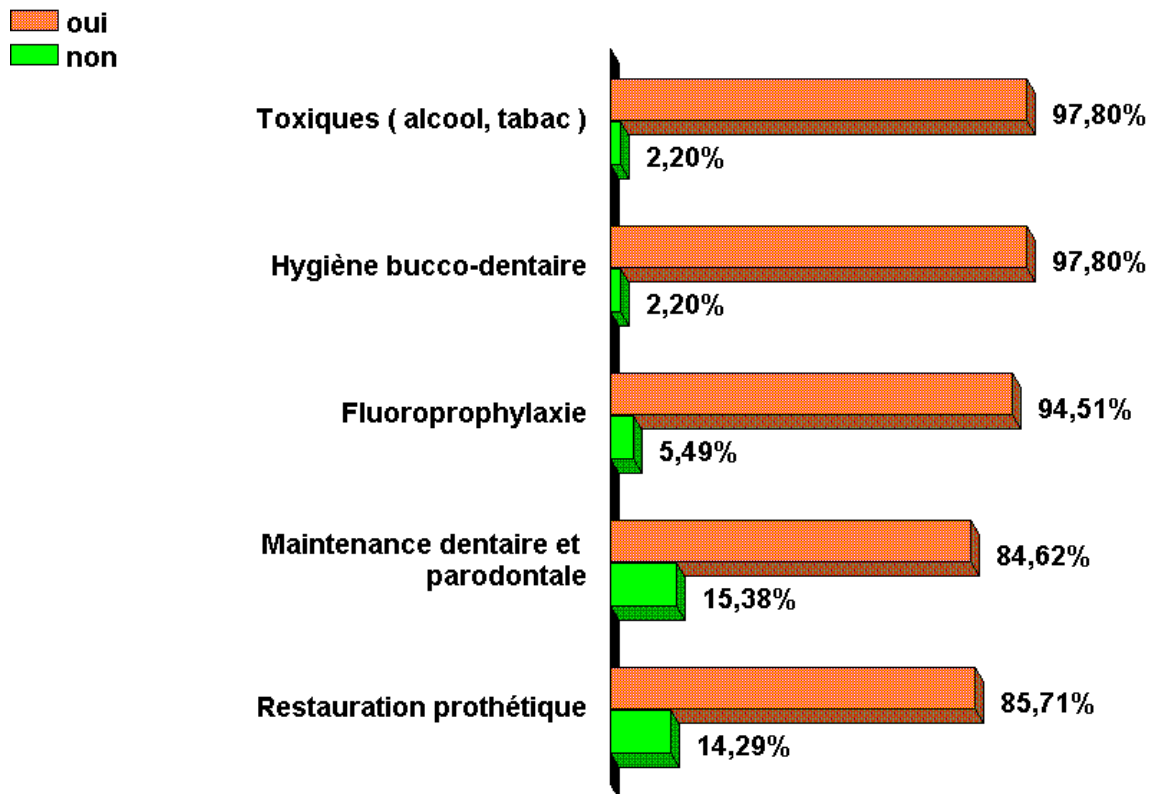
?  
A-t-il le droit ?  
4

Le consentement suppose la capacité de consentir sous l'aspect intellectuel. Entre les deux attitudes extrêmes du paternalisme au principe d'autonomie de la personne humaine, il convient de trouver une position intermédiaire.

Question 15 : Informez-vous le patient des règles à observer pendant et après la durée de son traitement en ce qui concerne :

- Les toxiques
- L'hygiène bucco-dentaire
- La fluoroprophyxie
- La maintenance dentaire et parodontale
- La restauration prothétique

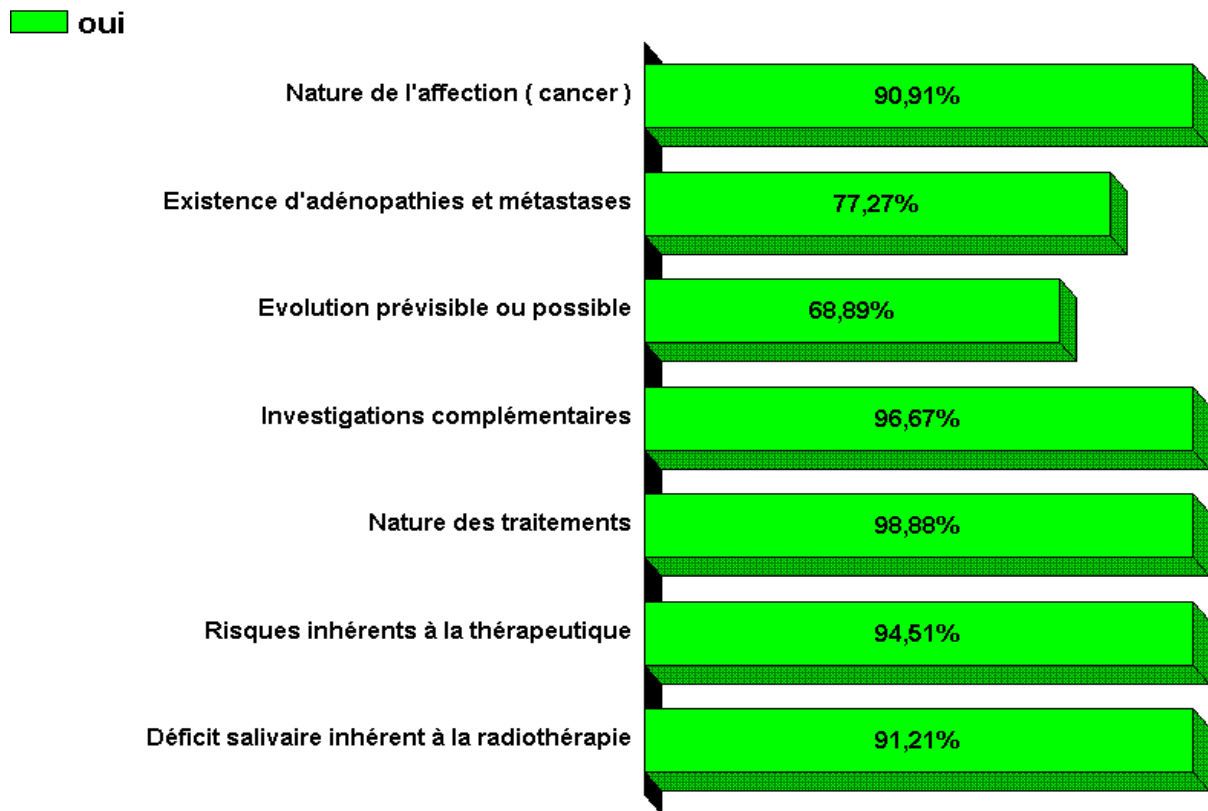
Les résultats traduisent le fait que l'information est largement diffusée aux patients avec un degré moindre en ce qui concerne la maintenance dentaire et parodontale et la restauration prothétique.



**Figure 25 : Information sur les règles à observer pendant et après le traitement**

Question 16 : l'information délivrée au patient comporte-t-elle les sous rubriques suivantes :

- Nature de l'affection
- Existence d'adénopathies et métastases
- Evolution prévisible ou possible
- Investigations complémentaires
- Nature des traitements
- Risques inhérents à la thérapeutique
- Déficit salivaire inhérent à la radiothérapie



**Figure 26 : Contenu de l'information délivrée aux patients**

Pour 91% des praticiens interrogés la nature de l'affection est annoncée au patient. Par contre tous n'informent pas de la réalité de la situation clinique quant à l'existence d'adénopathies ou de métastases (Figure 26). Les praticiens restent prudents quant à l'avenir des patients en n'exposant pas concrètement les évolutions prévisibles de la pathologie. Par ailleurs les informations relatives aux investigations , aux thérapeutiques et aux risques inhérents de celles-ci sont très largement abordés avec les patients selon les dires des praticiens. Le problème de l'asialie et de l'hyposialie est pris en compte lors de l'information par 91% des spécialistes, doléance extrêmement présente ensuite lors du suivi post radiothérapeutique des patients .

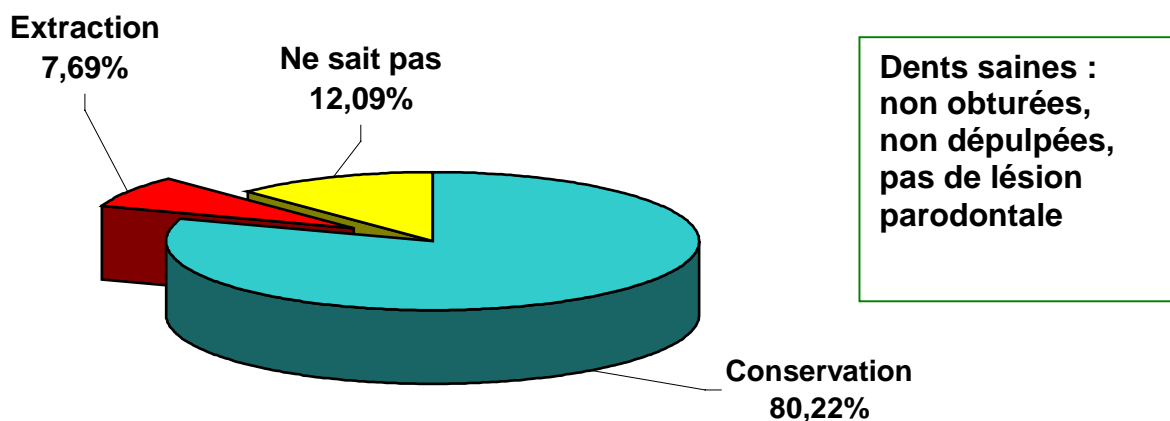
Le diagnostic de cancer entraîne une angoisse immédiate de l'avenir : peur de la mort, de la souffrance liée à la maladie, au traitement, perte de son intégrité corporelle, peur de devenir dépendant. Il faut non seulement une bonne connaissance des faits médicaux mais aussi une compréhension plus large de la nature de la personne malade et de ses besoins pour prendre les bonnes décisions en matière de communication : quand, comment et quelle vérité lui dire. Les médecins qui se sont distanciés de leur patients ne sont plus « capables » d'obtenir de telles connaissances de la personne.

Question 17 : attitude adoptée en ce qui concerne les dents dans l'hypothèse d'une radiothérapie ?

Une série de 6 petites questions du type Q.C.M a été proposée aux praticiens dans le but de tester leurs connaissances odontologiques dans des situations cliniques précises. Chaque question fait référence à une situation clinique très classique rencontrée en pratique odontologique quotidienne. A chaque question les praticiens disposaient de 3 options possibles de réponse : soit un traitement conservateur de la dent, soit un traitement radical d'extraction, soit la possibilité de répondre « je ne sais pas ».

1ere question : dent saine ( non obturée, non dépulpée, sans lésion parodontale)

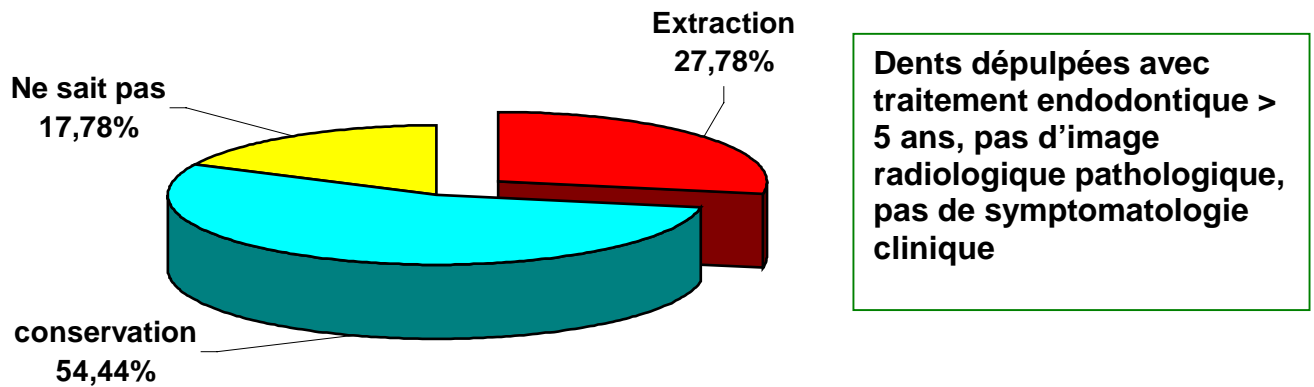
Nous constatons que 12% des praticiens ne sont pas en mesure de répondre à la question posée, que 7,69% des praticiens réalisent un traitement inapproprié en proposant une solution radicale, mutilante : l'extraction. Pour ces praticiens la solution d'extraction constitue peut être une garantie supplémentaire pour leur patient en le protégeant vis à vis d'un éventuel risque d'ostéoradionécrose. Pour 80,22% des praticiens la solution conservatrice est préconisée. Cette dernière solution constitue la solution la plus favorable pour le patient si bien entendu ce dernier peut bénéficier d'un suivi odontologique régulier, et est motivé pour une maintenance parfaite (Figure 27-A).



**Figure 27- A**

2<sup>ème</sup> question : dent dépulpée avec traitement endodontique > 5 ans, pas image radiologique pathologique, pas de symptomatologie clinique.

Dans cette situation clinique 17,78% des praticiens sont dans l'impossibilité de se déterminer pour une solution thérapeutique. L'extraction est préconisée par 27,78% des praticiens bien que cette option thérapeutique ne soit pas souhaitable dans un contexte favorable de motivation du patient et de restauration prothétique fixée sur cette dent dévitalisée. La conservation reste la décision optimale et ce dans les conditions précédemment citées. Nous notons que 54,44% des spécialistes se déterminent pour cette réponse soit à peine plus d' un praticien sur deux interrogés (Figure 27-B).



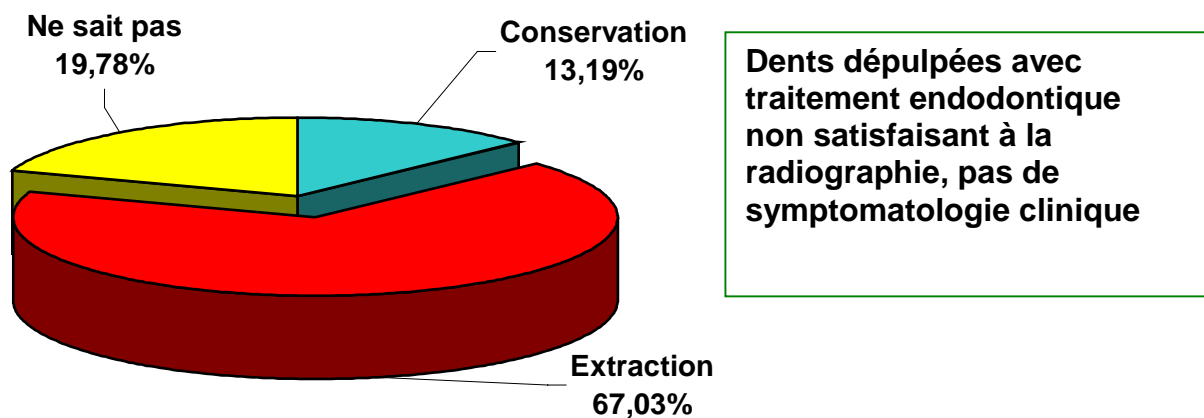
**Figure 27- B**

3<sup>ème</sup> question :dent dépulpée avec traitement endodontique non satisfaisant à la radiographie, pas de symptomatologie.

Le pourcentage de praticiens ne pouvant se prononcer dans cette situation augmente ici jusqu' à la valeur proche de 20% (Figure 27-C). Il n'y a cependant aucune ambiguïté dans la réponse : une option thérapeutique existe. Celle-ci consiste à réaliser un traitement conservateur . La décision de reprise du traitement canalaire est d'ordre technique, fonction des paramètres évaluant la complexité de celui ci (dent mono ou pluriradiculée, morphologie canalaire tourmentée...) et aussi d'une contrainte de temps avant l' échéance de la radiothérapie.

Pour la prise d'une telle décision qui peut remplacer l'odontologiste ? Il s'agit de son domaine de compétence .

La solution de l'avulsion se justifie seulement dans l'hypothèse d'une impossibilité technique ou d'un impératif de temps (multitude de dents à traiter).

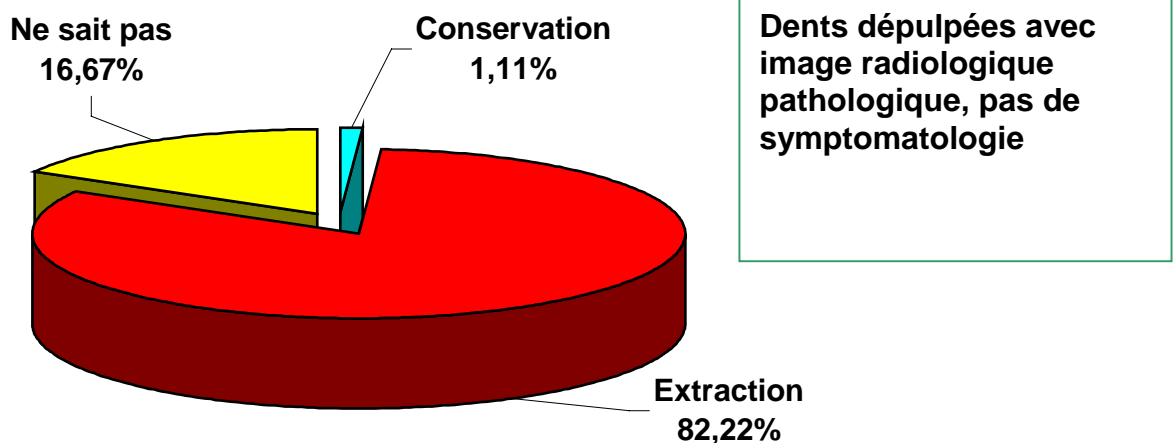


**Figure 27- C**



4 ème question :dent dépulpée avec image radiologique pathologique, pas de symptomatologie.

Il persiste toujours une partie de notre effectif (16,67%) qui ne peut répondre à la question posée. Nous constatons que 1,1% de l'effectif soit un praticien conserve la dent dans cette situation clinique ce qui constitue une faute grave : la conservation de la dent en l'état expose le patient à des risques infectieux que nous ne pouvons pas lui faire courir ; tenter la reprise de traitement canalaire ne présente aucune garantie de succès dans le laps de temps qui nous sépare de la radiothérapie. La seule solution indiquée reste ici l'avulsion de la dent, préconisée par 82% de l'effectif (Figure 27-D).

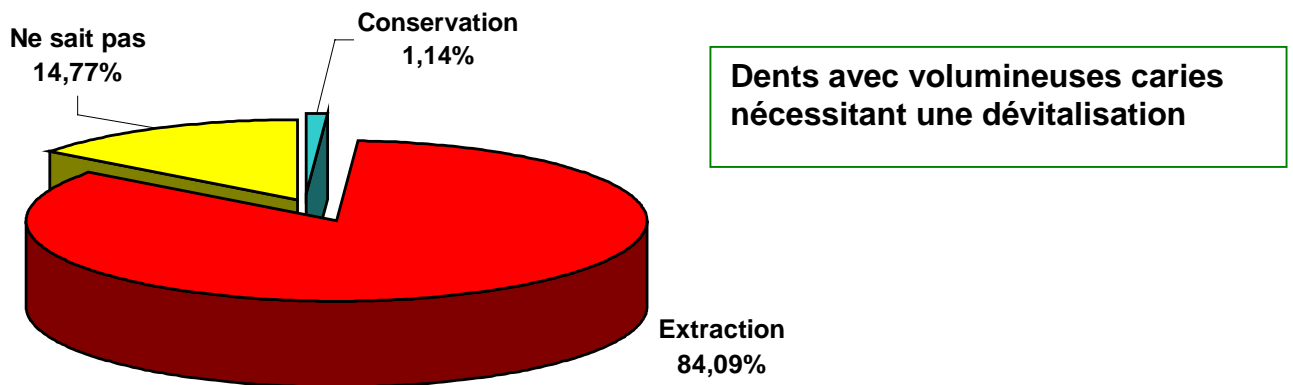


**Figure 27- D**

5ème question : dent avec volumineuse carie nécessitant une pulpectomie (dévitalisation).

Pour 14,77% des praticiens, la question reste sans réponse (Figure 27-E). La grande majorité des professionnels interrogés (84,09%) préconisent l'extraction de la dent. Cette solution pouvant constituer une solution de facilité : l'extraction est un acte technique mais néanmoins réalisable par un stomatologiste, et éventuellement par un chirurgien ORL. La dévitalisation requiert par contre un praticien odontologiste. Le problème de l'absence d'odontologiste peut être contourné par une proposition thérapeutique radicale qui à première vue contente tout le monde. Une dent extraite est une dent qui ne fera plus mal, qui ne sera plus responsable d'infection ! N'oublions pas cependant qu'une dent dévitalisée et couronnée peut être stratégique et constituer un excellent support de crochet d'une prothèse adjointe

partielle. Ce n'est que dans une perspective de restauration prothétique que l'on envisage de conserver une dent. La décision de conserver ou d'extraire une ou plusieurs dents relève d'un véritable plan de traitement qui appartient ipso facto à l'odontologiste. Ce cas clinique illustre la perte de chance du patient dans le cadre d'un traitement prothétique ultérieur qui serait rendu plus complexe du fait de la perte de dents support de crochets en prothèse adjointe partielle. La gestion des problèmes odontologiques en l'absence de chirurgiens dentistes conduit à des mutilations dentaires injustifiées.



**Figure 27- E**

6<sup>ème</sup> question :dent à l'état de racines.

Il persiste toujours un pourcentage de professionnels (11,24%) dans l'incapacité de se prononcer. La conservation n'est proposée par aucun praticien ( Figure 27-F). La seule option thérapeutique satisfaisante dans ce cas précis est l'extraction : elle est largement préconisée par les professionnels (88,76%).

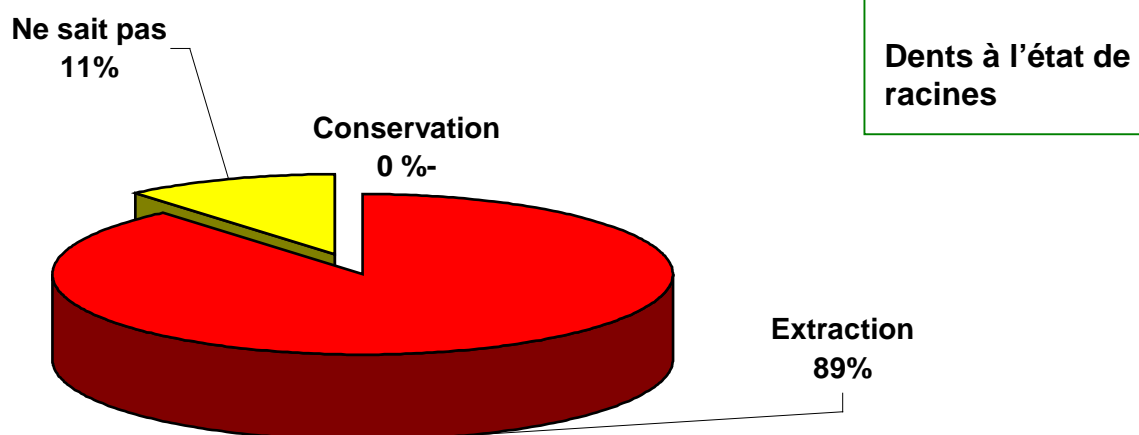


Figure 27- F

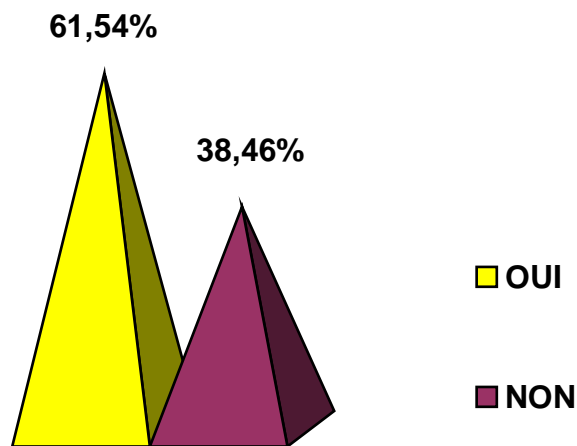
Question 18 : Regrettez-vous le fait qu'il n'existe pas de conférence de consensus sur l'attitude à adopter en fonction de la situation clinique ?

Dans de nombreux domaines en oncologie, les choix thérapeutiques sont en majorité soumis à des protocoles préétablis par les spécialistes les plus compétents sur le sujet et régulièrement révisés. Ces documents constituent des guides pour la prise en charge des malades. En oncologie des VADS, il n'existe pas de conférences de consensus sur les attitudes à adopter sur le plan odontologique en fonction de la situation clinique. Plus de 61% des praticiens regrettent ce fait, ce qui complexifie leur tâche dans la mesure où ils ne peuvent solliciter un avis odontologique pour leur patient (Figure 28).

Les publications scientifiques apportant le niveau le plus élevé de preuves scientifiques (Evidence Based Medicine) sont absentes dans ce domaine précis. La décision médicale comporte deux volets, l'un scientifique basé sur un corpus de connaissances indispensable, l'autre psycho - socio - spirituel ou humaniste. L'exercice médical doit intégrer ces deux aspects représentant une marge de manœuvre étroite. L'utilisation standardisée de recettes rigides, algorithmes ou guidelines ne correspond pas à une pratique médicale éthique. Malheureusement, les discours qui se réclament de l'EBM marginalisent souvent le praticien et le patient au profit des seules données cliniques scientifiquement élaborées. Pourtant, si les données de la science sont indispensables dans le processus de décision, elles ne peuvent à elles seules résoudre tous les problèmes rencontrés.

Pour D. POUCHAIN « *pratiquer l'evidence based medicine, c'est argumenter une décision sur les données actuelles de la science, l'adapter à la situation de soins, tenir compte des aspects émotionnels de la relation, inviter le patient à donner son opinion après l'avoir objectivement informé, et respecter la dimension éthique de l'acte médical. Au regard de cette démarche, le « E » d'Evidence Based Medicine signifie aussi Experience Based Medicine, Emotion Based Medicine et Ethical Based*

Medicine . Tout discours médical qui se réclame EBM devrait inscrire en filigrane qu'il y a quatre E à EBM ».



**Figure 28 : Regret de l'absence conférence de consensus**

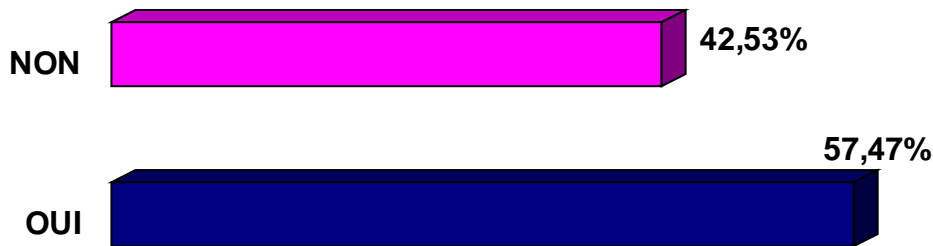
Seul un document publié à l'initiative de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) en collaboration avec des partenaires des secteurs public (CHU,CHG) et privé expose un certain nombre de recommandations pour une bonne pratique odontologique en cancérologie.

Au contraire pour 39% des praticiens l'absence de conférence de consensus ne semble pas problématique. Même si ces conférences de consensus représentent une aide considérable aux choix stratégiques des médecins et des acteurs de santé elles ne constituent pas cependant la panacée car ne résolvent pas la problématique de l'absence de praticien.

**Question 19 : Après chirurgie carcinologique touchant la mandibule réalisez-vous des prothèses guides mandibulaires ?**

La chirurgie d'exérèse carcinologique peut conduire à l'interruption de l'arc mandibulaire. La chirurgie reconstructrice a fait d'énormes progrès ces dernières années, mais elle n'est pas toujours réalisable.

Les prothèses guides mandibulaires sont des dispositifs dont le but est de guider la portion mandibulaire restante . Ces guides interviennent durant les mouvements d'ouverture et de fermeture pour redonner une occlusion dentaire la plus proche de l'occlusion de convenance. Ces prothèses sont réalisées sur des patients dentés. Ces appareils permettent de lutter contre les déformations définitives issues de la formation de brides fibreuses. Leur utilisation doit être la plus précoce possible après l'intervention. Leur conception nécessite la présence d'un spécialiste en prothèse maxillo-faciale qui reste malheureusement absent dans beaucoup d'équipes médicales. Plus de la moitié des praticiens (57,47%) affirme cependant réaliser ces prothèses guide-mandibulaires (Figure 29).



**Figure 29 : Réalisation de prothèse guide-mandibulaire**

Questions 20-21-22 : Evaluation du pourcentage de patients appareillés sur le plan dentaire 6 mois, 12 mois, 24 mois après l'intervention chirurgicale d'exérèse tumorale ?

Ces 3 questions évaluent chez les différents praticiens leur implication dans le souci du devenir des patients sur le plan de la restauration prothétique qu'elle soit conventionnelle ou de type maxillo-faciale.

La question 20 concerne l'évaluation du pourcentage de patients appareillés à 6 mois (figure 30-A). Sur le plan des connaissances fondamentales il est aujourd'hui admis qu'un patient irradié ne doit pas être appareillé avant un délai minimum de 6 mois après la fin de la dernière séance de radiothérapie. Cette précaution est respectée par tous les spécialistes en prothèse maxillo-faciale à l'exception de l'équipe du Pr BARELLIER qui bénéficie d'une expérience très pointue dans ce domaine et réalise les restaurations prothétiques dans des délais inférieurs au semestre habituel. Les avis ont évolué dans le temps concernant le délai de réalisation prothétique, mais divergent toujours selon les équipes.

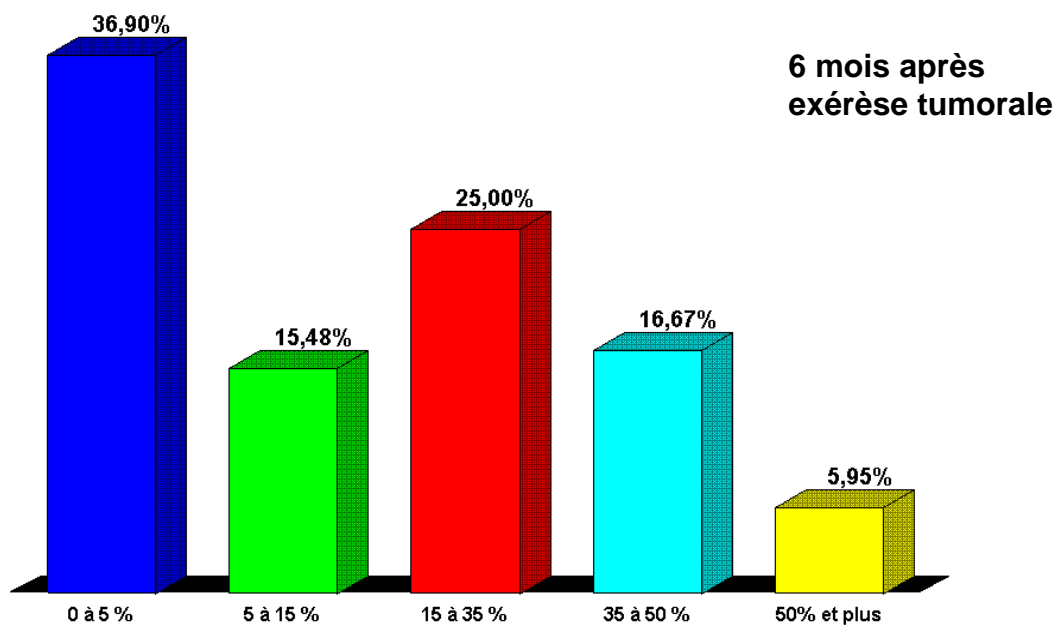
Dans notre étude nos confrères sont extrêmement optimistes (Figure 30-A) :

- 15,48 % de notre effectif estime que 5 à 15 % des patients sont appareillés
- 25 % de notre effectif estime que 15 à 35 % des patients sont appareillés
- 16,67% " " " " " 35 " 50 " " " " "
- 5,95% " " " " " plus de 50% " " " "

Ce constat souligne le fait que les praticiens interrogés ignorent beaucoup des spécificités bucco-dentaires de leur patients. Les praticiens ne se soucient pas de savoir s'il y a eu après les thérapeutiques initiales une restauration prothétique. Pourquoi se poseraient-ils la question sachant qu'ils ne sont pas toujours en mesure de proposer à leur patients des solutions de restaurations prothétiques. Par ailleurs beaucoup d'entre eux ignorent le fait que la prothèse ne pourra être réalisée que

dans un délai supérieur à 6 mois pour des raisons techniques : le patient par conséquent est-il correctement informé de cet impératif au départ ? Le fait de ne pas pouvoir bénéficier d'une prothèse rapidement après des avulsions multiples constitue un handicap majeur pour l'alimentation, la phonation, et le schéma corporel.

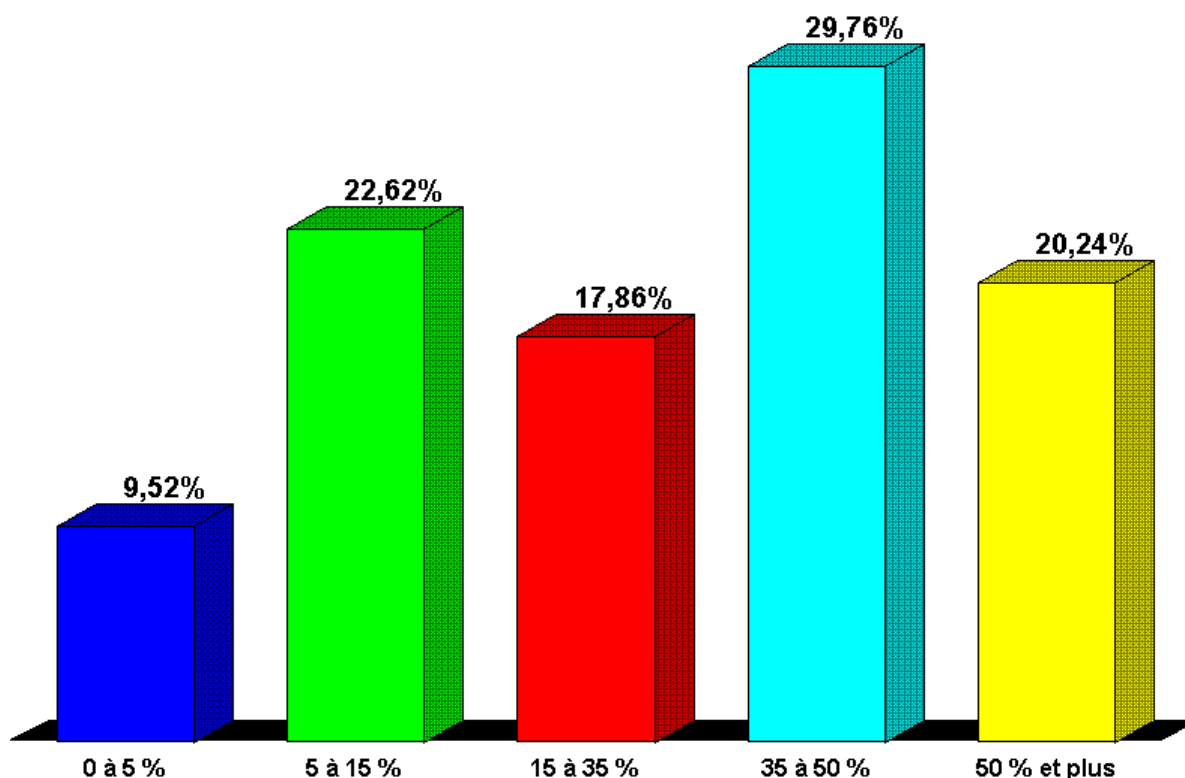
37% des professionnels estiment que seulement 0 à 5% des patients sont réellement appareillés ce qui ne doit être très éloigné de la réalité. Nous ne disposons d'aucune statistique nationale sur ce sujet.



**Figure 30 – A : Evaluation du % de patients appareillés après 6 mois**

La question 21 évalue la situation un an après la fin de la radiothérapie (Figure 30 - B). L'optimisme est au rendez-vous pour une grande majorité des professionnels. On estime aujourd'hui et ce de façon empirique le pourcentage de patients appareillés à un an voisin de 20%. Dans cette situation précise 30% des professionnels estiment que 30 à 50 % des patients sont appareillés. Il existe un décalage entre ce qui est annoncé et la réalité sur le terrain.

## 12 mois après exérèse tumorale



**Figure 30- B : Evaluation du % de patients appareillés à 12 mois**

La situation des patients est à nouveau réévaluée à 24 mois (Figure 30-C). Aux yeux de 28,57% des praticiens 50% et plus de patients sont appareillés. Si telle était la réalité nous serions extrêmement satisfaits. Nous évaluons de façon approximative le nombre de patients appareillés voisin de 25 - 30 %. Il faut avoir à l'esprit que de nombreux incidents ou accidents de parcours viennent perturber la réalisation prothétique : évolution défavorable de la pathologie, récurrence locale ou loco-régionale, métastases, décès du patient, non motivation du patient après la succession des épreuves vécues. Un praticien nous fait ainsi remarquer :

0 à 5 %

5 à 15 %

15 à 35 %

35 à 50 %

50 % et plus

*de nombreux incidents ce qui fait peu*

Les autres raisons expliquant le faible pourcentage de patients appareillés sont évaluées à la question 24.

### 24 mois après exérèse tumorale

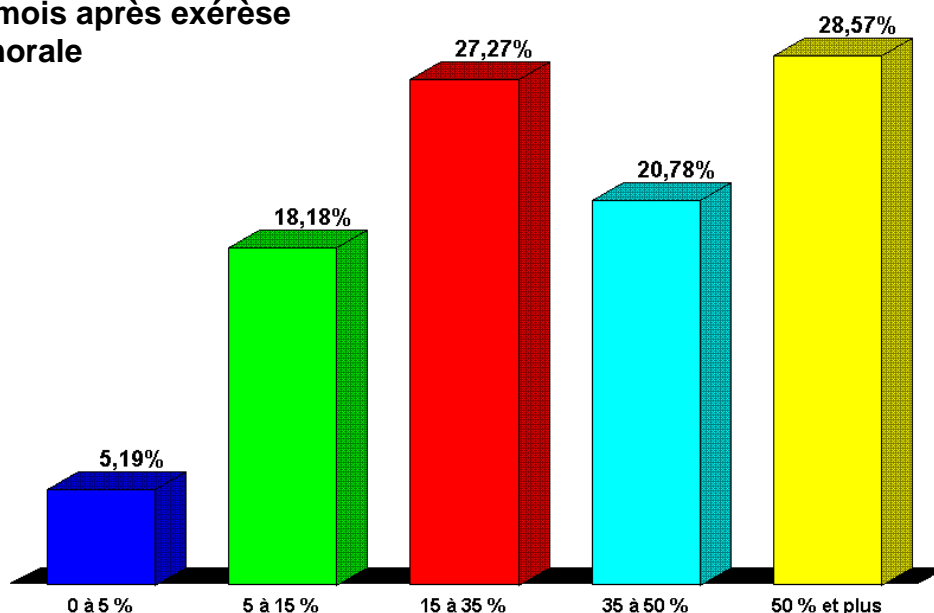


Figure 30 -C : Evaluation du % de patients appareillés à 24 mois

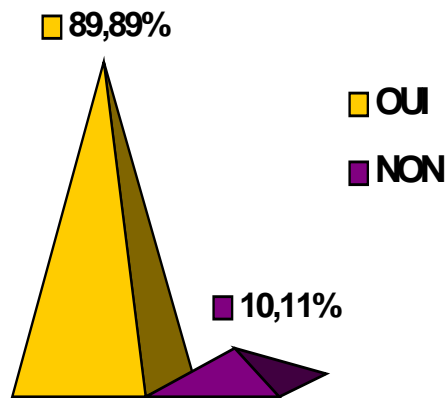
Question 23 : Vous assurez-vous que des gouttières fluorées ont bien été réalisées lorsque vous projetez une radiothérapie ?

Les gouttières de fluoration sont des supports destinés à recevoir le gel fluoré. Elles sont confectionnées à la suite de prise d'empreintes. Le but de cette fluorothérapie est de renforcer l'émail dentaire par transformation des cristaux d'hydroxyapatite en fluoroapatite beaucoup plus résistants à l'attaque carieuse en relation avec les modifications qualitatives et quantitatives salivaires : conséquence inévitable de la radiothérapie. Ce traitement quotidien doit être poursuivi ad vitam eternam.

Nous sommes extrêmement surpris du fait que de nombreux praticiens (90%) s'assurent de la réalisation de celles-ci avant la radiothérapie, sachant que dans de nombreux établissements publics et privés il n'y a ni stomatologiste, ni odontologiste (Figure 31).

Quel praticien réalise donc la prise d'empreintes maxillaire et mandibulaire, qui confectionne les gouttières, qui vérifie leur bonne adaptation en bouche, qui prescrit le gel de fluoration, enfin qui informe et conseille le patient ?





**Figure 31 : Réalisation de gouttières fluorées**

Question 24 : Quelles sont les raisons expliquant l'absence de prothèse dentaire après les différentes thérapeutiques :

- Non nécessité médicale
- Difficultés techniques
- Absence d'un praticien spécialiste en prothèse maxillo-faciale
- Problème de participation financière du patient
- Autre, précisez

La première explication rapportée par les praticiens au sujet de l'absence de prothèse correspond aux difficultés techniques. Certaines situations cliniques rendent difficiles la conception et la tenue de la prothèse. Il existe cependant dans de nombreux cas des solutions permettant de contourner les obstacles. L'implantologie aujourd'hui apporte des réponses à ces difficultés techniques. Il est évident que la prothèse maxillo-faciale requiert un spécialiste. Peu d'odontologues s'intéressent à cette technique qui est de ce fait marginalisée, pratiquée presque exclusivement par des odontologues hospitaliers.

Est mis en évidence également l'aspect financier par plus de la moitié des praticiens questionnés (53%). La réalisation d'une prothèse obturatrice est un acte coté à la nomenclature D 60. Le remboursement par les organismes sociaux ne permet pas de couvrir les frais inhérents à sa conception, sa fabrication et son adaptation. La réalisation de prothèse dentaire conventionnelle, soumise à une demande d'entente préalable est souvent l'objet de dépassements d'honoraires variables qui peuvent expliquer un renoncement aux appareillages par le patient.

La non nécessité médicale est évoquée par 29 % des praticiens. Cette non nécessité d'appareiller un patient n'existe pas : dès qu'une ou plusieurs dents sont absentes, leurs remplacements nous semblent totalement justifiés. Là encore la perception d'une réhabilitation prothétique varie selon le statut du praticien.

L'absence d'un spécialiste en prothèse maxillo-faciale n'est évoquée que par 14 % des interrogés.

Au sein des autres réponses nous retrouvons de façon récurrente la crainte d'une mauvaise adaptation prothétique avec sous-jacent le risque de traumatismes muqueux et les conséquences possibles (ostéoradionécrose). Le contexte socio-économique des cancers des VADS est également largement évoqué.

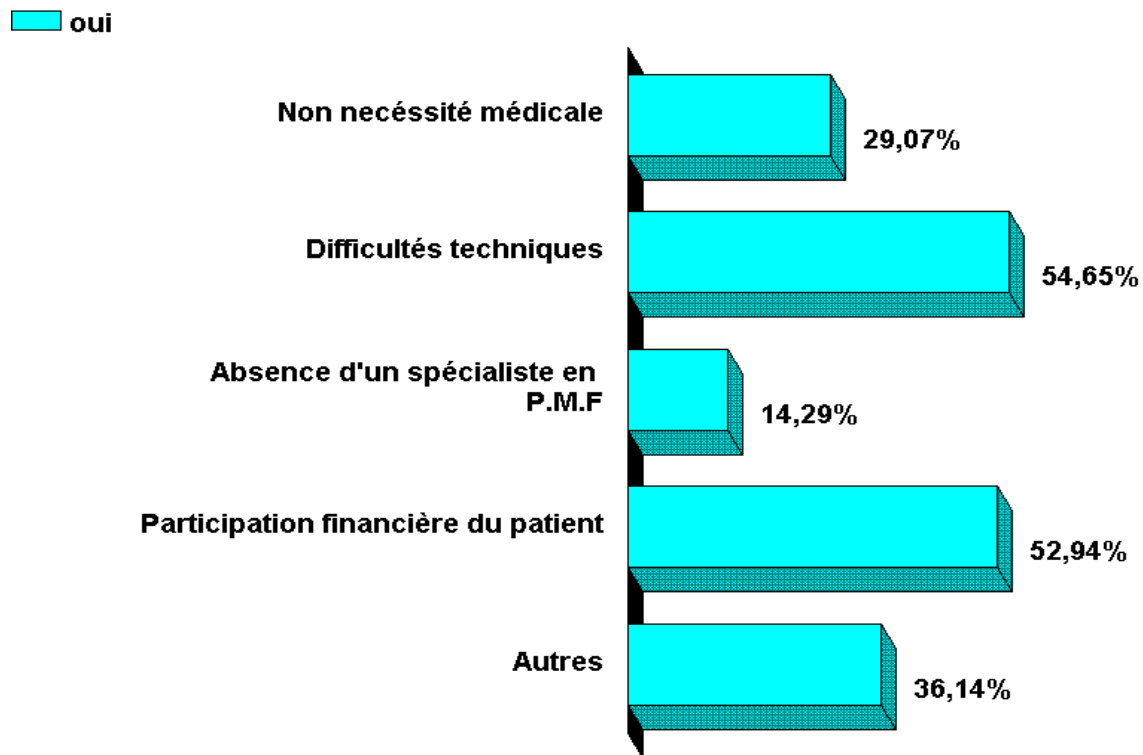


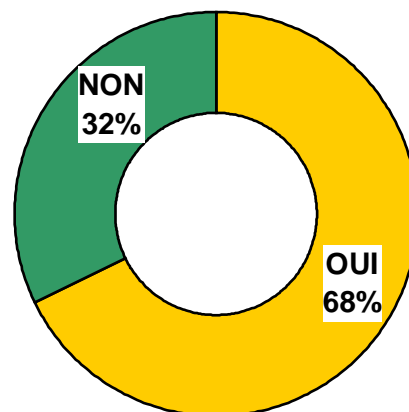
Figure 32 : Raisons de l'absence de prothèse dentaire après traitement

Question 25 : Les facteurs étiologiques des cancers des VADS étant principalement l'alcool et le tabac, proposez-vous à votre patient une prise en charge contre les pathologies addictives ?

Les pathologies addictives ( tabagisme et alcoolisme) mettent souvent mal à l'aise les praticiens.

Le problème de l'alcoolisme est souvent méprisé, ignoré par les soignants. Le résultat de cette question est de diviser grossièrement le corps médical en deux.

Ceux pour qui (68%) les patients nécessitent une prise en charge (Figure 33). Pour certains praticiens la proposition de prise en charge peut se résumer à une information lapidaire : « *il vous faut arrêter de boire et fumer* ». Les autres (32%) au contraire ne leur consacrent pas de temps car ils estiment que la situation est sans espoir d'amélioration et ce dans le contexte d'une maladie grave et incurable. Ces pathologies confrontent les praticiens à ses limites dans leur capacité à soulager et à guérir. Cela contribue également à remettre en cause le « fantasme de toute puissance thérapeutique » face au patient.



**Figure 33 : Proposition de prise en charge des pathologies addictives**

Question 26 : Au cours des staffs cliniques abordez-vous les rubriques suivantes relatives à la qualité de vie du patient :

- Alimentation
- Prothèse dentaire conventionnelle
- Prothèse maxillo-faciale
- Sécheresse buccale
- Rééducation de la voix
- Schéma corporel

La maladie cancéreuse est typiquement la maladie pour laquelle la stratégie thérapeutique et l'évaluation des actions de santé doivent tenir compte de la qualité de vie des patients. En cancérologie des VADS les traitements de plus en plus lourds apportent des bénéfices modestes en matière de taux de survie. Longtemps les médecins se sont préoccupés de l'aspect biomédical de la maladie en terme de quantité de vie, prenant comme critère de jugement le taux de réponse à un

traitement ou le taux de survie. Progressivement l'aspect qualité de vie devient un aspect incontournable dans l'évaluation des traitements.

L'alimentation est un critère très important (81,11%). Nous remarquons que la prothèse dentaire apparaît seulement pour 64% des praticiens comme importante pour la qualité de vie. La prothèse maxillo-faciale reste méconnue pour beaucoup de praticiens qui ne pensent pas à ses applications concrètes. Le schéma corporel du patient n'est abordé que par 23 % des praticiens. Les mutilations grèvent considérablement l'avenir du malade. Comme le fait remarquer BENOIST « *un patient s'adapte d'autant plus rapidement à son état qu'il sait que celui-ci est temporaire et qu'une prothèse lui permettra d'accéder rapidement à un plus grand confort ou à une meilleure esthétique* ».

Dans les cas de perte de substance maxillo-faciale, deux comportements s'observent :

- le sujet polarise son attention sur sa mutilation, il y pense constamment, est persuadé que le regard des autres est insupportable. Le patient attend de la réhabilitation prothétique l'effacement de son infirmité.

- dans le cas de grande mutilation, et de façon paradoxale, le malade accepte plus facilement la dégradation de son image corporelle, considérant qu'elle est inéluctable, qu'elle constitue le prix à payer et la seule chance de guérison.

Dans ces deux situations les prothèses maxillo-faciales seront acceptées sans difficulté parce qu'elles apportent une amélioration de la fonction et une restauration, même imparfaite, de la morphologie. L'adaptation est d'ailleurs d'autant plus rapide que la perte de substance est grande.

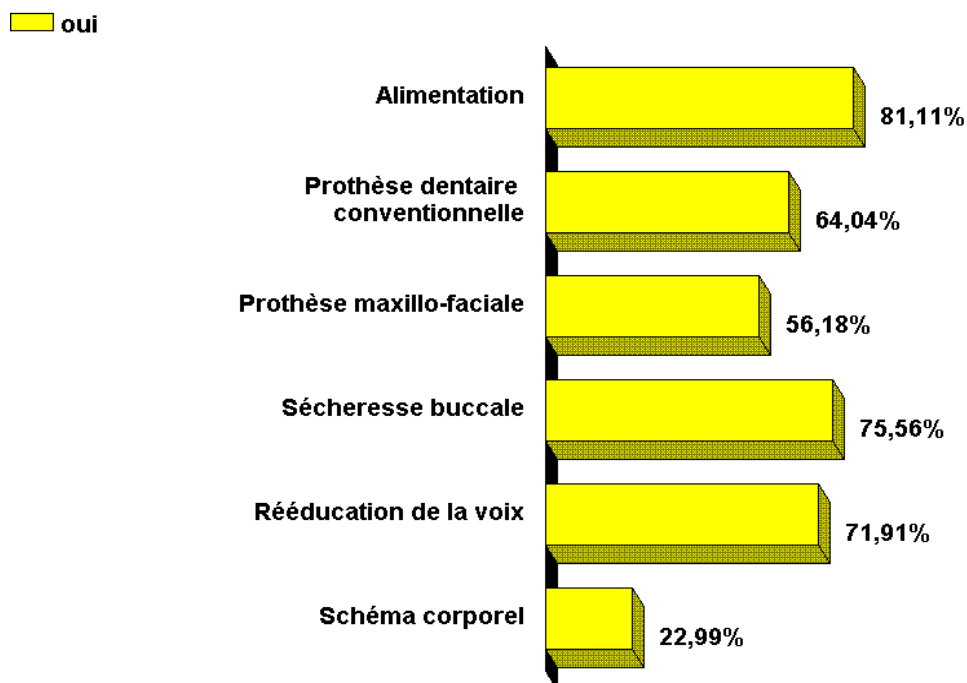


Figure 34 : Rubriques abordées relatives à la qualité de vie du patient

**Question 27 : Proposez-vous systématiquement à un patient porteur d'une lésion précancéreuse un suivi régulier ? Si non pour quelle(s) raison(s) ?**

Tous les praticiens interrogés ont assuré réaliser un suivi des patients dès qu'une lésion précancéreuse des VADS était identifiée. A l'heure actuelle, il est impossible de dire quelles lésions précancéreuses deviendront éventuellement malignes. Il convient alors de proposer un suivi continu au patient. La prévalence des lésions précancéreuses est très faible (1 à 4 %), et celles-ci ne deviendraient malignes que dans 0,1 à 6 % des cas au sein de l'ensemble de la population . Par contre cette prévalence passe de 7 à 36 % des cas chez les patients à risque. Des programmes de dépistage centrés sur les groupes à risque sont d'un meilleur rendement pour les lésions suspectes ou confirmées, que les dépistages de masse comme le confirme une étude réalisée en 1999 par un groupe de travail canadien et publiée dans la revue « J Can Dent Assoc » . Le dépistage de masse est difficile car il nécessite des praticiens bien formés en grand nombre, une uniformité et objectivité dans les évaluations des lésions, et les demandes de biopsies. La classification des dysplasies reste également une science inexacte. Les progrès en biologie moléculaire rendront possibles une objectivité et une uniformité plus grandes dans les évaluations des lésions et leurs pronostics dans l'avenir.

**Question 28 : La prise en charge thérapeutique de ces patients pose-t-elle des problèmes éthiques ? Si oui lesquels ?**

Pour **72%** des professionnels il n'est ressenti aucun problème éthique dans l'exercice de leur spécialité . Ce résultat traduit le fait que les praticiens sont installés dans une routine, aveuglés par rapport à un système et des habitudes. La compétence du praticien se concentre sur un organe. Les progrès médicaux responsables de pratiques sectorisées déshumanisent la prise en charge des patients.

Parmi les autres praticiens soit 28%, il est soulevé des problèmes éthiques qui sont principalement et respectivement par ordre d'importance :

- ◆ la lourdeur des thérapeutiques. Sont constamment évoquées : les mutilations excessives en relation avec les thérapeutiques chirurgicales et radiothérapeutiques.

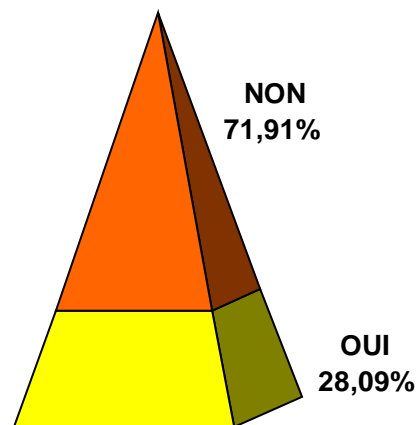
- ◆ la difficulté de prendre une décision dans les stades avancés : privilégier une bonne exérèse sur le plan carcinologique aux dépens de la qualité de vie. Le traitement du cancer est dominé par un double risque : en faire trop, c'est à dire mutiler inutilement un malade, causer des séquelles immédiates ou lointaines sans accroître significativement la probabilité de guérison et inversement ne pas en faire assez pour guérir un patient. Ce dilemme se pose devant chaque malade. Le médecin doit souvent prendre seul la décision. Une décision collégiale ne serait-elle pas préférable ? Par ailleurs apprécier la qualité de vie, quantifier celle-ci est très

difficile : il faut prendre en compte les désirs du patient , encore faut-il qu'il soit bien informé de sa pathologie.

- ◆ la difficulté d'information en direction des malades et des familles, dans un contexte social très défavorisé.

- ◆ les problèmes relatifs à la fin de vie et les soins palliatifs. Il vient un moment où la thérapeutique est inefficace, trop nocive pour un organisme affaibli : le problème n'est plus alors de guérir mais d'aider le malade à lutter contre ses souffrances physiques et psychiques et ce dans des conditions dignes.

- ◆ les protocoles et essais thérapeutiques sont également mentionnés par les praticiens.



**Figure 35 : Existence de problèmes éthiques**

A aucun moment les praticiens eux mêmes ne dénoncent l'hétérogénéité dans la prise en charge des patients. Force est de constater que dans de nombreux cas la difficulté de prise en charge du patient existe ou plus grave encore la non application du principe éthique de fournir le meilleur traitement possible à tout patient.

## **6- DISCUSSION**

### **6.1- interprétations personnelles et extrapolations**

#### **6.1.1- Sur les modalités d'organisation des soins et la pluridisciplinarité**

Un cancer des VADS implique un traitement lourd. La nécessité d'une haute compétence de l'équipe soignante est primordiale. Le travail en équipe est préférable à une pratique médicale individuelle car il permet une répartition des débats, des réunions scientifiques, des centres d'intérêts et des sujets de recherche avec partage secondaire des connaissances et critique mutuelle des décisions médicales . La création d'un comité de cancérologie des VADS incluant un odontologiste nous apparaît essentielle pour garantir une prise en compte des aspects odontologiques.

L'obligation de travail en équipe ou en réseau naît du constat que les professionnels de santé ne disposent pas de compétences universelles. Notre étude confirme le dysfonctionnement de cette consultation pluridisciplinaire. Il manque un creuset commun, une concertation. Comme l'écrit Hervé HAMON « *les hospitaliers continuent à se rêver travailleurs indépendants, alors que la vérité de leur métier est tout autre aujourd'hui* ».

La création au sein même de l'hôpital d'une consultation pluridisciplinaire peut changer positivement le cours des choses mais il faudra que les praticiens acceptent de perdre certains de leurs pouvoirs. Le partage du savoir médical n'existe pas à l'hôpital, c'est même tout le contraire : la diversité des compétences et la complémentarité des savoirs ne semble pas favoriser l'échange, tout reste morcelé. Un **comité** est un mot francisé initialement d'origine anglaise (committee) lui-même issu de « to commit » au sens de « se confier ». Il se définit par un groupe de personnes ou assemblée restreinte ayant une mission pour une affaire particulière (Le Petit Larousse) ou par une réunion d'un petit nombre de gens choisis pour délibérer d'une question (Le ROBERT-Dictionnaire historique de la langue française). Plus le débat est large, plus différentes parties se font entendre. C'est la discussion même qui permet peu à peu le dégagement des arguments valables qui conduisent à un consensus rationnel. Il faut favoriser le débat ouvert, critique, en n'excluant personne, et lutter contre le repli individualiste, égoïste et corporatiste. Le pluralisme par l'écoute des différents points de vue, la scientificité (informations objectives) et le respect des règles pour trancher les conflits éthiques semble être la voie à emprunter. Comme le fait remarquer E. ZARIFIAN « *les savoirs sont éclatés, et personne ne s'intéresse à ce que pense le voisin, la médecine atomisée en secteurs de plus en plus petits perd peu à peu la cohérence que lui donnerait une vue d'ensemble* ».

Pour Edgar MORIN « *le savoir parcellaire empêche le savoir universel, le sens disparaît lorsqu'il n'y a plus de reliance entre les savoirs* ».

Au sein de ce comité de cancérologie des VADS une concertation importante est indispensable, ce d'autant plus qu'il n'existe pas de schémas thérapeutiques applicables : la prise de décision thérapeutique se fait au cas par cas.

#### 6.1.2- Sur l'image de l'odontologiste et la perception de cet acteur médical

L'odontologiste est un acteur médical spécialisé. Pour RUELL-KELLERMAN « *De toutes les pratiques médicales, l'odontologie est parmi celles qui occasionne le plus de stress et d'implication relationnelle* ».

Sa présence nous semble **capitale** dans ce contexte si l'on veut améliorer la prise en charge des patients dans leur globalité. Une étude américaine réalisée par LOCKHART et CLARK a permis d'évaluer l'état bucco-dentaire initial de 131 patients atteints de cancers des VADS. Un examen bucco-dentaire préalable aux traitements du cancer révèle que 91 % d'entre eux nécessitaient des soins dentaires, que 76 % n'étaient pas motivés à un contrôle dentaire régulier et que 65 % avaient une hygiène buccale défectueuse. Par ailleurs 49% des patients inclus ont nécessité l'extraction d'une ou de plusieurs dents. Les infections dentaires survenant en cours d'irradiation ou après impose des techniques chirurgicales invasives grévant alors considérablement la morbidité. Les incidences et la sévérité des maladies pulpaires et parodontales chez cette population de malades, associée à une faible compliance

aux soins bucco-dentaires rendent impératives l'évaluation bucco-dentaire et la remise en état de la cavité buccale avant toute thérapeutique anticancéreuse.

Le corporatisme médical existe au sein de chaque discipline médicale. Le fonctionnement actuel est basé sur la permanence de sa position inscrite dans une histoire, des habitudes. L'appartenance à un groupe ne favorise pas les échanges avec d'autres groupes et rend difficile l'intégration d'une corporation qui n'est pas sienne. Plus encore en cancérologie que dans d'autres disciplines, le malade reste un agent de la division du travail médical. Chaque thérapeute possède ses indications strictement individuelles, aucune ne doit être exclusive des autres, elles doivent être associées ou successives. Même si notre étude démontre la prise de conscience de l'importance des problèmes odontologiques dans ces pathologies, la démarche visant à intégrer un chirurgien-dentiste au sein d'une équipe n'est pas près de voir le jour : il est jugé inutile par 15,25 % de notre échantillon et peu utile pour 27,12%.

#### 6.1.3- Sur les connaissances des spécificités dentaires par les autres spécialités non dentaires

Le constat est dramatique : les spécificités bucco-dentaires sont méconnues des praticiens non odontologistes. La « bucco-conscience des praticiens » doit évoluer vers une acceptation forte des odontologistes dans leurs équipes médicales.

#### 6.1.4- Sur l'existence de problèmes éthiques dans la pratique

Peu de praticiens soulèvent des problèmes éthiques dans leur exercice quotidien. Notre analyse constitue une base de réflexion sur l'acceptabilité des moyens que nous proposons aujourd'hui dans le cadre d'un traitement d'un cancer des VADS. La thérapeutique est la finalité de la médecine et doit rester un service au bénéfice du malade. Peut-on parler d'une prise en charge « médicalement correcte » lorsqu'il manque un acteur médical spécialisé, irremplaçable en l'occurrence l'odontologiste ?

Notre hypothèse de départ se trouve donc validée à la suite de notre recherche. Le travail en équipe est la condition sine qua non pour une bonne prise en charge des malades. La mission du chirurgien dentiste est essentielle au sein d'un comité de cancérologie des VADS et ce à tous les stades du traitement : dès le diagnostic, en période pré , per et post--opératoire. L'odontologiste doit donc, en plus de son domaine de prédilection connaître les fondements théoriques et thérapeutiques des autres spécialités intervenant dans le traitement. C'est à cette condition qu'il pourra s'intégrer parfaitement dans une équipe soignante et ainsi en finalité promouvoir une démarche qualité centrée sur le patient.

## 6.2 - Critiques de la recherche

Toute enquête présente des biais inévitables . Le questionnaire ne décrit jamais exhaustivement une pratique. Selon Pierre BOURDIEU et Jean Claude PASSERON « *l'enquête par questionnaire n'a pas pour fonction de décrire les conduites des acteurs médicaux avec le plus de détails possibles mais elle a pour ambition d'expliquer ce que font les acteurs par ce qu'ils sont* » . L'enquête doit donc appréhender l'identité des praticiens : la spécialité médicale, la tranche d'âge, le



sexe, l'expérience en cancérologie et surtout les modalités d'exercice. On pourra ainsi établir une causalité entre la pratique réalisée et l'identité au sens large du praticien. Il ne nous est pas possible cependant à la suite de notre enquête d'attribuer une pratique ou conduite à telle spécialité médicale, ni encore de dire que la prise en charge est plutôt défailante dans telle structure de soins plutôt que dans telle autre. Une enquête complémentaire sur le terrain s'avère indispensable pour affiner la recherche.

#### *Sur l'échantillon :*

La difficulté a été de sélectionner un échantillon de praticiens directement actifs en cancérologie des VADS . En effet, parmi les praticiens exerçant la chirurgie ORL tous ne réalisent pas de cancérologie des VADS. Il en est de même des chirurgiens maxillo-faciaux. Le listing des praticiens obtenu à partir du fichier du conseil de l'ordre ne précise pas le type d'activité et l'orientation médicale des chirurgiens. La façon de contourner le problème afin de bien cibler l'envoi des questionnaires était de téléphoner aux différents praticiens pour leur demander directement s'ils prenaient en charge ce type de pathologies. A ce stade du travail on prend conscience de la difficulté extrême de contacter les praticiens, essentiellement due au barrage filtrant des secrétaires qui ne saisissent pas réellement l'objet de l'appel. Le summum est atteint lorsque nous avons eu la mauvaise idée de dire qu'il s'agissait d'une enquête, qui plus est émanant d'un laboratoire d'éthique ! Il faut donc savoir que parmi les absences de réponses à notre étude il y avait assurément des spécialistes qui n'assuraient pas la prise en charge de ces malades. Certains d'ailleurs l'ont expliqué par retour de courrier. Les cas de non - réponses doivent être pris en considération. Nous nous sommes intéressés à déterminer avec le plus de précisions possibles les caractéristiques des personnes qui n'ont pas souhaité répondre. Nous avons comptabilisé 69 non - réponses. Parmi celles-ci 30 sont issues des établissements privés alors que 39 proviennent des établissements publics. Les praticiens exerçant en public ont moins participé à notre enquête. Parmi les spécialités médicales, les ORL sont au nombre de 29 à n'avoir pas répondu, suivis des maxillo-faciaux (28) et des Stomatologistes (12). Tous les odontologistes interrogés (6) ont participé à notre étude.

Certains praticiens sont peu disposés à nous informer de leurs modalités de pratiques médicales, d'autres n'ont pas saisi le but de notre étude. Quelques uns, affirmant lors de la relance téléphonique ne pas avoir reçu le questionnaire, ont été l'objet d'un nouvel envoi, resté également sans réponse.

#### *Sur le questionnaire :*

Un compromis est à adopter entre les questions fermées et les questions ouvertes. Nous avons accordé une grande place aux questions fermées car notre enquête a pour fonction de tester des hypothèses.

Les questions ouvertes sont absentes bien qu'elles présentent des avantages certains en n'imposant pas des modalités de réponses, en ouvrant de plus grandes perspectives de codage de l'information . Elles ont cependant les inconvénients de générer des informations trop dispersées, inutilisables, floues, incodables par rapport aux préoccupations de la recherche.

Le problème du questionnaire est de faire transparaître ou d'imposer une problématique. L'élaboration du questionnaire en toute multidisciplinarité a permis de limiter cet effet, même si dans certaines réponses il se dégage une « impression » de bonne pratique médicale. Nous sommes conscients des limites de notre recherche en partie liée à la méthodologie propre du questionnaire.

*Sur le choix méthodologique du questionnaire :*

Pourquoi le choix méthodologique s'est-il orienté vers le questionnaire ?

Le nombre de praticiens à interroger étant conséquent, la réalisation d'entretiens dans tout l'hexagone était inenvisageable. Par ailleurs il n'est pas certain que des chirurgiens aux programmes opératoires surchargés nous accordent des rendez-vous d'entretien. Le questionnaire nous paraissait donc adapté à l'étude que nous souhaitions mener.

*Sur le qui interrogé :*

Pourquoi s'orienter exclusivement vers des praticiens et non pas vers les patients pour évaluer les doléances de ces derniers et mettre en opposition, ou en parallèle, les éléments princeps de notre étude ?

Le premier argument étant d'éviter des entretiens interminables, délicats, où les patients sont dans des situations psychologiques particulières, où l'enquêteur n'est jamais neutre, où les relations de transfert sont incontrôlables. Par ailleurs, l'entretien est quelquefois difficile chez ces patients pour lesquels la fonction phonatoire peut être perturbée (trachéostomie,...). L'autre argument étant l'insuffisance de critères permettant au patient de juger objectivement la qualité de sa prise en charge médicale au cours de sa maladie. Celui-ci aura tendance à axer son jugement sur le vécu des soins, les relations humaines pendant son séjour hospitalier, ou encore sur l'hôtellerie. L'évaluation des pratiques ne peut être effectuée que par des experts c'est à dire par les professionnels de santé eux-mêmes.

*Sur l'interprétation des résultats :*

La neutralité dans l'observation puis l'analyse des pratiques médicales est impérative lorsque l'on est soi-même acteur de santé. La difficulté majeure est de sortir de ses convictions, de prendre du recul, de la distance par rapport à son sujet de recherche. En science remplacer l'impression par un chiffre ou un nombre est toujours un grand progrès, c'est ce que nous nous sommes efforcés de faire pour rester dans l'objectivité la plus totale. Il nous semble cependant que certains praticiens nous ont fourni des réponses « éthiquement correctes ». L'impression qu'ils faisaient tout bien reste bien entendu extrêmement forte.

La recherche en oncologie doit passer par des évaluations de stratégies (et pas seulement de molécules), la détermination de facteurs pronostiques afin de mieux orienter les propositions thérapeutiques, l'étude de la relation malade-médecin (soins et recherche), l'évaluation des méthodes de surveillance ou de dépistage, et de l'impact en santé publique des choix thérapeutiques.

Reconnu comme fléau social depuis un siècle, le cancer et la prise en charge des patients imposent une réflexion autour de la vision de l'homme dans la société et de l'implication de médecins dans des choix implicites idéologiques et philosophiques.

## **7- CONCLUSIONS**

Notre travail permet d'aborder deux points essentiels concernant d'une part l'organisation des soins en carcinologie cervico-faciale et d'autre part la qualité de vie des patients traités.

D'un point de vue hospitalo-centrique et technique de la cancérologie, il est urgent de passer à une logique de prise en charge globale du patient. L'élément capital conditionnant la qualité des soins dispensés est représenté par la coordination multidisciplinaire, seule garante de la pertinence des choix thérapeutiques et de la continuité des soins.

Cette coordination est d'autant plus importante qu'il existe une différenciation forte dans une organisation de santé. Un certain nombre de facteurs comme la surcharge de travail, l'organisation du travail, les comportements stéréotypés freinent considérablement ces tâches de coordination.

La qualité des soins doit être le fait de chacun, la pratique montre qu'elle ne peut être pérenne que s'il existe des moyens matériels et humains.

Nous sommes conscient des impératifs budgétaires au sein d'un hôpital. De nombreux centres hospitaliers sont dépourvus d'odontologistes et de stomatologistes. L'absence de ces spécialités fait défaut de façon cruciale en cancérologie des VADS mais également dans d'autres pathologies générales où les bilans bucco-dentaires sont indispensables dans le cadre d'une prise en charge complète du patient. Les interfaces pathologie générale et odontologie sont importantes et ce à une époque où le nombre de stomatologiste diminue de façon importante dans les hôpitaux, où ces postes vacants ne sont pas pourvus. Leur absence pourrait être en partie compensée par la création de centres de référence spécialisés dans cette activité de cancérologie, comportant au moins un praticien odontologiste. Parallèlement à ces centres spécialisés il faudrait développer des structures relais de niveau différent articulées sur les précédents. La constitution d'un tel réseau permettrait ainsi d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins. Ces centres relais pourraient même associer des praticiens libéraux qui trop souvent délaissent ces patients cancéreux irradiés. En effet ils ont la capacité et la compétence requises pour la réalisation d'un certain nombre d'actes basiques rendant d'énormes services aux patients (soins parodontaux, maintenance, empreintes primaires, élimination de foyers infectieux...).

Ce travail peut être extrapolé à d'autres contextes pathologiques (greffes de moelle osseuse, chirurgie cardiaque...) où il est urgent de renforcer sur le terrain la collaboration entre odontologistes et spécialités médicales.

Le patient atteint d'un cancer des VADS peut être comparé à un boxeur sur le ring qui encaisse de plus en plus mal les coups qu'il reçoit. Les terribles mutilations qu'il subit lors des traitements affectent profondément sa vie quotidienne et son équilibre psychique. Dans un certain nombre de cas les thérapeutiques ne font que retarder l'évolution fatale d'une tumeur pour laquelle le traitement loco-régional est insuffisant.

Aujourd'hui il ne suffit plus que le malade vive après son intervention encore faut-il se poser les questions de la qualité de cette survie. L'odontologiste a une place à prendre au sein d'un comité de cancérologie des VADS. Notre travail confirme le rôle de ce praticien tant dans les soins curatifs que palliatifs. Contrairement au médecin, le chirurgien dentiste ne différencie pas les soins palliatifs et curatifs. Son objectif est toujours axé sur la qualité de vie : manger, boire, parler, sourire, et ne pas souffrir. Prendre en compte la qualité de vie des patients dans ces situations où la guérison est improbable constitue une priorité s'inscrivant totalement dans une conduite médicale éthique.

La qualité de vie est un concept équivoque, multidimensionnel et subjectif : les définitions sont extrêmement variables d'un auteur à l'autre. Pour l'OMS en 1993 « *la qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ».

La mesure de la qualité de vie doit prendre en considération de nombreuses dimensions subjectives. Le caractère multidimensionnel de la qualité de vie recouvre plusieurs domaines variés :

- le bien être physique ( autonomie et capacités physiques) ,
- l'inconfort somatique (symptômes et conséquences de la maladie),
- l'état psychologique ( émotion, anxiété, dépression),
- les problèmes relationnels,
- l'image de soi, du corps, et la vie spirituelle,
- les ressources du faire face,
- les troubles liés à la sexualité.

Notre travail de DEA constitue une étape préliminaire à un travail de thèse qui consisterait à construire une échelle d'évaluation de la qualité de vie dans ce domaine de la pathologie cancéreuse des VADS centrée exclusivement sur les aspects bucco-dentaires (troubles du goût, altération des muqueuses, difficultés masticatoires, sécheresse buccale, modification du régime alimentaire...). Construire une telle grille est un travail de longue haleine. Il existe de nombreuses échelles de mesure de qualité de vie mais elles sont toutes génériques et de ce fait non adaptées à la spécificité de la sphère buccale. La cavité buccale apparaît comme un instrument d'information et d'analyse, un terrain d'expérience sensorielle, de discrimination gustative dans lequel la langue est le premier organe d'exploration et de connaissance. La symbolique des dents a donné lieu à de très nombreuses propositions de signification. La perte de la dent est souvent associée à une castration. La psychanalyse nous apprend que la perte des dents de lait est perçue par l'enfant comme une punition, une humiliation, une castration. Ensuite succèdera le triomphe, du à la percée d'une dent de remplacement, plus grande, plus forte. Quelles seront les conséquences psychiques chez l'adulte des extractions dentaires multiples sans réhabilitation prothétique ? Cette problématique mérite que l'on s'y intéresse dans le but d'améliorer la qualité des soins en mettant au centre de la décision thérapeutique non seulement le gain de survie mais également l'individu dans sa globalité. Aucune étude ne nous renseigne de l'effet relatif du traitement odontologique sur la qualité de vie et la fonction buccale. La recherche bibliographique ne nous apporte aucune analyse comparative sur l'état de santé des personnes qui ont été soignées et de celles qui ont refusé d'être traitées. La mise au point d'un auto-questionnaire de qualité de vie spécifique des tumeurs des VADS par l'équipe de SCHRAUB et ses collaborateurs selon une méthodologie rigoureuse

révèle la pertinence d'un tel instrument mais celui - ci n'évalue pas ce que pourrait apporter la présence de l'odontologiste en terme de qualité de vie pour le patient. Le temps de survie n'est plus aujourd'hui une mesure satisfaisante du succès du traitement. La qualité de vie des patients doit être évaluée tout autant que sa durée. Jusqu'ici des mesures subjectives des résultats ont été utilisées surtout dans des études du traitement des cancers à un stade avancé. La connaissance de la qualité de vie des patients permet aux praticiens d'une part de mieux répondre à leurs attentes et d'autre part de mieux orienter les choix thérapeutiques.

Les innombrables publications ayant pour thème la détection d'anomalies acquises d'oncogènes ou de gènes suppresseurs de tumeur, en tant que facteurs pronostiques de la maladie est impressionnant. Existe t-il un dérapage entre science et médecine ? La notion de progrès médical doit être logiquement réservée aux apports scientifiques ou techniques se traduisant concrètement par une amélioration réelle dans la prise en charge des patients : qualité de vie et pronostic de la maladie. Certes la biologie du cancer est passionnante, mais le corps médical doit se poser en permanence les questions de l'utilité d'une telle course à ces informations génétiques qui pour le moment ne sont d'aucun bénéfice réel pour le patient . L'espoir pour le siècle qui débute est fondé sur la thérapie génique. Il existe encore un fossé important entre les connaissances scientifiques et les applications médicales possibles . L' exercice de la médecine ne peut se passer de la recherche fondamentale, mais il est du devoir de tout professionnel de santé d'exercer un effort de réflexion et d'évaluation des pratiques pour rester dans le champ de l'humain : c'est le domaine de l'éthique médicale.

## 8- BIBLIOGRAPHIE

1. ALI. A, FARDY. J, PATTON. W : Maxillectomy - to reconstruct or obturate ? Results of a UK survey of oral and maxillofacial surgeons. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 1995. 33, pp 207-210.
2. ARISTOTE : Ethique à Nicomaque. Librairie philosophique J.VRIN.1997.
3. ARMONSTRONG. B, MEYSKENS. L : Chemoprevention of head and neck cancer. Otolaryngology. Head and Neck surgery. May 2000, Volume 122. n°5.
4. AUBERTIN. A : Home care of the elderly oral cancer patient. Home Healthcare Nurse. 1997, Volume 15, n° 6.
5. BARRELIER. P, GRANON. C : Epidémiologie des cancers de la cavité buccale. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 22-063-B-10.1996.
6. BENOIST. M : La réhabilitation chirurgico-prothétique en carcinologie maxillo-faciale. Actualités Odonto-Stomatologiques. 1982. n°137.
7. BERTRAND. B, FRANCOIS. P, ROMANET. P : Le point de vue des médecins généralistes sur l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital. Santé publique 1999, Volume 11, n°4, pp. 453-463.
8. BOELEN.C : Faire mieux dans le système de santé : créer l'unité d'action entre partenaires. Revue Médecine & Hygiène 2000, 58, pp.1903-1908
9. BOREL. V : Vie et mort d'un crabe. Editions LIBRIO n°400. 2000.
10. BOROWSKI. B : Les soins bucco-dentaires du malade cancéreux. Masson. 1986. Paris.
11. BORY. E, PIGNAT. J-C : Intérêt de la chimiothérapie palliative dans les cancers avancés des VADS. JFORL.1999, volume 48, n°2.
12. BRETAGNE-COUTEL. E, LAPLACE. L : Enquête sur la pratique de la chimiothérapie dans les établissements hospitaliers publics et privés bretons. Santé publique 2000, volume 12, n°1, pp. 65-73.
13. BROCHARD M :Effets secondaires des traitements des cancers de la cavité buccale. Thèse pour le diplôme d' Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire. 2000. Université de NANTES.
14. BRUINS. H, JOLLY. E, KOOLE. R : Preradiation dental extraction decisions in patients with head and neck cancer. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod. 1999 ;88 ; pp 406-412.
15. BUGAT. R, CABARROT. E, CARTON. M, FAVRE. G : Le cancer. Editions PRIVAT. Les classiques Santé. 2000.

16. CANGUILHEM. G : Le normal et le pathologique. Presses Universitaires de France. 1<sup>ère</sup> édition 1966. 8<sup>ème</sup> édition « Quadrige » 1999. n° 65.
17. CARON. J : Les cancers des voies aéro-digestives supérieures :Traitements prothétiques des pertes de substance acquises des maxillaires. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire.2001.Université de NANTES.
18. CHASTEL. C – CENAC. A : Histoire de la médecine. Introduction à l'épistémologie. Sciences humaines en Médecine. Ellipses. 1998.
19. CLARKE. R : René LERICHE ou l'humanisme en chirurgie . Savants du monde entier. Editions Seghers. 1962.
20. Code de déontologie médicale. Editions du Seuil. 1996 ; Essais n°334.
21. COMBESSIE . J.C : La méthode en sociologie. 1999 . Editions La Découverte. Repères. n°194
22. DESCAMPS. M : Manuel de méthodologie en sciences humaines. Laboratoire d'éthique médicale et biologique. Université René Descartes PARIS V.
23. DURAND.H,BICLET.P,HERVE.C :Ethique et pratique médicale. Les dossiers de L'AP-HP. Doin Editeurs/ Assistance Publique- Hôpitaux de Paris.1995.
24. ETCHEGOYEN. A : La valse des éthiques. Editions François BOURIN. Collection Agora. Pocket n°157.
25. EXBRAYAT. J : Le dentiste et les cancers buccaux : vers la compétence pour un diagnostic précoce des lésions précancéreuses et cancéreuses . Le chirurgien dentiste de France. 3 NOV 1994 . n°722.
26. FOUCAULT. M : Naissance de la clinique. Presses Universitaires de France. 1ère édition 1963. 6<sup>ème</sup> édition « Quadrige » 2000. n°100.
27. GEHANNO. P, GUEDON. C : Glossectomies - Editions Techniques - Ency. Méd. Chir. (Paris, France), Techniques chirurgicales -Tête et cou, 46-250, 1993, 6p.
28. GIORGI. R, HEDELIN. G, SCHAFFER. P : Impact des changements thérapeutiques sur la survie relative des cancers des voies aéro-digestives supérieures dans le Bas-Rhin entre 1975-1977 et 1985-1987. JFORL.1999. Vol 48. n°6.
29. GIUMELLI. B, SAADE. K, LE BARS. P :Traitement prothétique des pertes de substance acquises des maxillaires en cancérologie. Encyclopédie Méd Chir, Odontologie, 23-393-A-10,2000,7p.

30. GOGA. D, MAXANT. PH, CALAIS. G, ROBIER. A : Ostéoradionécrose. Encyclopédie Méd Chir ( Paris, France),Stomatologie, 22-062-D20, 9.1988, 8p.
31. HAMON. H : Nos médecins. Editions du Seuil,1994 ; Points. p193.
32. HASBINI. A, RAYMOND. E, CVITKOVIC. E, ESCHWEGE. F, ARMAND. J-P : Les carcinomes du nasopharynx. Bull Cancer, supplément FMC n°5, décembre 2000.
33. HAWKINS. J, WANG. E.L, LEAKE. L : Soins de santé préventifs, bilan 1999 : Prévention de la mortalité associée au cancer de la bouche. J Can Dent Assoc 1999 ; 65 : 617.
34. HERVE. C : Fondements d'une réflexion éthique managériale de santé. Editions L'Harmattan. 1996.
35. HERVE. C : Ethique de la recherche et éthique clinique. Editions L'Harmattan. 1998.
36. HILL.C : Epidémiologie des cancers des voies aéro-digestives supérieures. Bull Cancer supplément FMC n°5. 2000.
37. HOERNI. B : Information du grand public en cancérologie : aspects éthiques et déontologiques. 2001. Bull Cancer. 88 (4) : pp 414-418.
38. HUTTIN Christine : L'influence et l'organisation des soins sur la pratique médicale. Dossiers de l'institut d'Etudes des Politiques de Santé. Médecine-Sciences Flammarion.1995.
39. JANIN. N : Vingt ans de progrès dans la dissection des mécanismes de la cancérogenèse. La Presse Médicale, 16 novembre 1996 ; 25, N° 35.
40. JASMIN. C : Cancer aide-toi, la science t'aidera.1989.
41. KRIEF. A : La prise en charge odontologique du patient présentant un cancer des voies aéro-digestives supérieures. Revue Information Dentaire 2000. n°39
42. LAURENT. E : Etude rétrospective des soins conservateurs effectués au C.S.T.D de NANTES sur les patients irradiés pour une affection des V.A.D.S. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire. 2001. Université de NANTES.
43. LEBEAU. B :Ethique médicale et progrès thérapeutique : Au secours, Hippocrate ! La presse médicale .12 Fév 2000, 29, n°5.
44. LEGENT. F, FLEURY. P, NARCY. P, BEAUVILLAIN. C : ORL. Pathologie cervico-faciale. Abrégés Masson. 1996.



45. LOCKART. B.P, CLARK. J , CHARLOTTE.N.C : Pretherapy dental status of patients with malignant conditions of the head and neck. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. Vol 77 N°3 .1994.
46. LOUSTALOT. B, ALARY. P, BOUCHE. C : Importance de l'évaluation des facteurs psychosociaux dans les cancers des VADS. Actualités de cancérologie cervico-faciale n°22. Masson. 1997. (Facteurs pronostiques des carcinomes des VADS)
47. MARANDAS. P : La surveillance des patients traités pour un cancer cervico-facial. Bull Cancer, supplément FMC n°5, décembre 2000. pp 49-53
48. MARANDAS. P, LUBOINSKI. B : Chirurgie des tumeurs malignes du plancher buccal. Encycl Méd Chir (Paris, France), Techniques chirurgicales -Tête et cou, 46-240, 1995, 16 p.
49. MAZERON. J-J, NOEL. G, SIMON. J-M : Les cancers de la cavité buccale. Bull Cancer, supplément FMC, n°5, décembre 2000.
50. PAOLI.J-R, POMAR. P, LAUWERS. F, WOISARD. V, MISINO. J, BOUTAULT. F : La réhabilitation prothétique après résection mandibulaire et reconstruction par lambeau de fibula. Actualités Odonto-Stomatologiques. N°212, décembre 2000.
51. PINELL. P : Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940). Edition Métallé .1992.
52. POUCHAIN. D : Les quatre « E » de l'EBM. Edito. Revue Exercer. Mars/Avril 2000. n°56
53. QUERE. F : L'éthique et la vie.1991. Editions Odile JACOB. n°OJ32.
54. RAMEIX. S : Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Ellipses.1997.
55. REYCHLER. M : Treatment of oral epidermoid carcinoma. 1994, Volume : 49, Fascicule :1, pp 66-81.
56. ROUGE-MAILLARD. C,PENNEAU. M : Consentement et information du patient. Rev.Stomatol.Chir.maxillofac.1999,100, n°2, pp 88-94
57. RULLIERE. R : La cancérologie au XX ème siècle. La Presse Médicale, 10 juin 1995 ; 24, n° 21.
58. SALTEL. P, GAUVAIN-PICQUARD. A, LANDRY-DATTEE. N :L'information de la famille d'un patient adulte atteint de cancer. 2001. Bull Cancer. 88(4) :pp 399-405.
59. SAVARY. V : Les carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale et de l'oropharynx. Etude rétrospective portant sur 178 patients pris en charge, de

janvier 1993 à décembre 1995, dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de NANTES. Evaluation à 3 ans de recul. Thèse de diplôme d'Etat de Docteur en Médecine.1999. Université de NANTES.

60. SCHAAB. G, BRUGERE. J : Un siècle de cancérologie ORL. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, 2000 ;117, 4, 248 -253 .
61. SCHRAUB. S, MERCIER. M, ESCHEWEGE.S : Mise au point d'un auto-questionnaire de qualité de vie spécifique des tumeurs des VADS. Revue d'Epidémiologie et de Santé publique. 1996. Vol 44, 346-357.
62. SCHWARTZ. L : Métastases. Vérités sur le cancer. Hachette Littératures. n° 9016. 2001.
63. SETBON. M : Quelques réflexions à propos de l'organisation des soins en cancérologie. Revue Française des affaires sociales.1999.Avril /Juin. n°2
64. Standards, options et recommandations pour une bonne pratique odontologique en cancérologie. Bulletin du cancer. N° 7- 8 Juillet - Août 1999.
65. TRUC. G, HORIOT. J-C, MAINGON. P, BARILLOT. I:Le cancer épidermoïde de l'oropharynx. Bull Cancer, supplément FMC, n°5, décembre 2000.
66. TUBIANA. M : Le cancer. P.U.F. Que sais-je ? N°11 , 4<sup>ème</sup> édition,1997
67. TUBIANA. M : Le cancer. Hier, aujourd'hui, demain. Editions Odile JACOB . Opus 68 .1998.
68. VENNIN. P, TAIEB. S, CARPENTIER. P : Le patient face aux choix thérapeutiques en cancérologie : vers une décision partagée ? 2001. Bull Cancer. 88 (4) : pp 391-397.
69. WARNAKULASURIYA. K, JOHNSON. NW : Dentists and oral cancer prevention in the UK ; opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counselling patients on tobacco and alcohol use:baseline data from 1991. Oral Diseases. 1999. 5, pp10-14
70. ZAKRZEWSKA. J.M, LEESON. R.M.A, Mc LUSKEY. M, VICKERS. M : The development of patient information leaflets. Care of the mouth after radiotherapy. Gerodontolgy.1997, vol 14, Fascicule :1, pp 48-53.
71. ZARIFIAN. E : La force de guérir. Poches Odile JACOB. n°41. 2000 .
72. ZORN. F: Mars. Editions GALLIMARD. Collection FOLIO. n°1368. 1979.

## **9- ANNEXES**

- 1- Questionnaire
- 2- Lettre accompagnant le questionnaire



Hervé MOIZAN

## **RESUME**

La pathologie cancéreuse des voies aéro-digestives supérieures (VADS) occupe une place importante dans le domaine de la cancérologie en France (4<sup>ème</sup> cancer par ordre de fréquence chez l'homme, incidence la plus élevée au monde des cancers bucco-pharyngés, mortalité la plus importante en Europe). La prise en charge des patients nécessite une grande diversité de moyens thérapeutiques et un abord multidisciplinaire incontournable.

Ce travail de recherche en éthique clinique a consisté en une analyse des pratiques actuelles au sein de structures hospitalières publiques et privées par le biais d'une enquête nationale. Un questionnaire anonymisé de 28 questions a été adressé à 164 praticiens prenant en charge ces patients dès le stade du diagnostic et a permis d'évaluer les modalités des traitements odontologiques et les enjeux éthiques s'y rapportant. La compétence des praticiens dans leur domaine respectif est indéniable mais la collaboration pluridisciplinaire défectueuse. L'absence d'odontologiste est à déplorer: ces dysfonctionnements dommageables conduisent à une perte de chance pour le malade. L'odontologiste doit participer au sein d'un comité de cancérologie des VADS à toutes les étapes du traitement exerçant son rôle curatif (élimination des foyers infectieux, soins conservateurs,...), préventif (caries radiques, ostéoradionécrose,...) et de réhabilitation prothétique contribuant alors à l'amélioration de la qualité de vie de ces patients.

## **SUMMARY : Head and neck cancer committee : the dentist's role**

Head and neck cancer occupies an important place in the field of oncology in France (4th most frequent cancer in men, highest incidence of oropharyngeal cancers in the world, highest mortality in Europe). Patient management requires a wide diversity of treatment modalities and must be based on a multidisciplinary approach.

This clinical ethics study was based on analysis of a national survey of current practise in public and private hospital structures. A 28-questions anonymous questionnaire was send to 164 practitioners caring for these patients from the stage of diagnosis and evaluated the modalities of dental treatments and the related ethical aspects. The competence of the various practitioners in their respective fields is undeniable, but there is a lack of multidisciplinary collaboration. The absence of the dentist is a serious defect and can reduce the patient's chances of cure. The dentist must participate in head and neck cancer committees at all steps of treatment in order to provide curative (elimination of site of infection, conservative care, etc)and preventive care (radiation caries, radiation osteonecrosis, etc) and prosthetic rehabilitation, thereby contributing to improvement of the quality of life of these patients.

Mots clés : Ethique clinique, Cancer des VADS, Odontologie, Approche multidisciplinaire.

Key words : Clinical ethic, Epidermoid carcinoma of the upper aerodigestive tract, Dentistry, Multidisciplinary approach.