

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

**IMPLICATIONS, ATTENTES, PERSPECTIVES DES
MEDECINS GENERALISTES DANS LA PRISE EN
CHARGE DU CANCER**

**Enquêtes d'opinion réalisées auprès de patients et
médecins généralistes de la Haute-Vienne**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le Vendredi 13 Juin 2014

par

Patricia DA SILVA

née le 15 Mai 1984, à Brive La Gaillarde

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mme le Professeur Nicole TUBIANA-MATHIEUPrésidente

Mr le Professeur Daniel BUCHON..... Juge

Mr le Professeur Pierre CLAVERE Juge

Mme le Docteur Francine LAPEYRE Membre invité

Mr le Docteur Frédéric THUILLIER..... Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

**IMPLICATIONS, ATTENTES, PERSPECTIVES DES
MEDECINS GENERALISTES DANS LA PRISE EN
CHARGE DU CANCER**

**Enquêtes d'opinion réalisées auprès de patients et
médecins généralistes de la Haute-Vienne**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le Vendredi 13 Juin 2014

par

Patricia DA SILVA

née le 15 Mai 1984, à Brive La Gaillarde

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mme le Professeur Nicole TUBIANA-MATHIEUPrésidente

Mr le Professeur Daniel BUCHON..... Juge

Mr le Professeur Pierre CLAVERE Juge

Mme le Docteur Francine LAPEYRE Membre invité

Mr le Docteur Frédéric THUILLIER..... Membre invité

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Nicole Tubiana-Mathieu,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Que ce travail soit l'occasion de vous exprimer mon admiration et le respect que j'ai pour vous.

Je vous exprime ma très haute considération et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Daniel Buchon,

Vous avez accepté de faire partie de mon jury et je vous en remercie vivement.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pierre Clavère,

Vous avez aussi acceptez avec entrain de juger ce travail.

Trouvez ici le témoignage de mon estime et ma gratitude.

A Madame le Docteur Francine Lapeyre,

Vous avez accepté d'être membre de mon jury de thèse et j'en suis heureuse.

Je garde un souvenir ému de mes premiers pas en médecine et vous remercie de m'avoir accueillie quelques jours dans votre service durant mes très jeunes années.

Vous avez contribué à garder intacte ma motivation à poursuivre dans cette voie.

Trouvez ici le témoignage de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Frédéric Thuillier,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans ton aide précieuse.

Ton intelligence professionnelle, ta rigueur et ton fort investissement font de toi un médecin de grande qualité.

Merci pour ta confiance, et pour avoir su me transmettre ta passion et tes connaissances.

A Madame le Docteur Marion Uscaïn,

Merci pour ta personnalité rayonnante, pour ton amour de l'humain. Travailler à tes côtés fut un plaisir.

Ton parcours restera pour moi une source d'inspiration.

A mes parents, A mon frère,

Merci, pour votre irremplaçable et inconditionnel soutien.

A Géraldine,

Merci, pour ton amitié fidèle, entre les joies et les peines.

A Aubin,

Parce que l'insoutenable légèreté de l'être.

A mes amis,

Aux amitiés anciennes. Aux plus jeunes qui s'annoncent durables.

Au 3è frère lumière,

Pour ta filuzophie.

Au salseros et kizomberos,

Pour ces moments ensoleillés et d'évasion.

Au personnel du service de médecine du CH Saint Junien,

A tous ces moments douloureux, à votre amitié qui les a rendus plus doux. Vos qualités humaines au service des patients est rare et précieuse. J'éprouve un grand respect pour votre travail.

Au personnel du service d'hospitalisation à temps partiel,

Merci pour votre accueil et votre soutien lors de mon travail à vos côtés.

Au personnel des services des Urgences et de Cardiologie de Guéret,

Jamais je n'oublierai ces moments partagés avec vous, vous m'avez tant apporté sur le plan professionnel et humain.

Au Docteur Philippe Lajoie, Au Docteur Pacale Capdevielle,

Pour votre amour de la médecine générale, pour m'avoir ouvert votre cabinet et votre maison.

A tous les patients ayant participé à ce travail,

Merci pour votre disponibilité et votre courage.

Aux médecins généralistes participants,

Merci pour avoir pris le temps de participer à ce travail bien que déjà très sollicités.

Au service d'hospitalisation de jour d'oncologie du CHRU Limoges,

Merci pour votre accueil et votre aide précieuse.

A tous ceux que j'aurai pu oublier.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
1. RAPPELS-CRITERES-DEFINITIONS	13
1.1. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER EN FRANCE	13
1.1.1. RESSOURCES DES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	13
1.1.2. INCIDENCE ET MORTALITE	15
1.1.2.1. Sur le plan national.....	15
1.1.2.2. En Limousin	16
1.1.3. EVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITE ENTRE 1980 ET 2012.....	18
1.1.3.1. Evolution de l'incidence par cancer selon la localisation tumorale	18
1.1.3.2. Mortalité en France selon la localisation tumorale	24
1.2. DEMOGRAPHIE MEDICALE	30
1.2.1. TENDANCE GENERALE	30
1.2.2. ETAT DES LIEUX	32
1.2.2.1. Activité régulière	32
1.2.2.2. Etude des effectifs et de la densité médicale.....	34
1.2.2.2.1. En médecine générale.....	34
1.2.2.2.2. En oncologie	35
1.2.2.3. Etude des modes d'exercice.....	36
1.2.2.3.1. En oncologie	36
1.2.2.3.2. En médecine générale	37
1.2.2.4. Répartition par genre et par âge des médecins généralistes.....	39
1.2.2.4.1. En France	39
1.2.2.4.2. En Limousin	40
1.3. CARACTERISTIQUES DE LA MEDECINE GENERALE	42
1.3.1. EVOLUTION DES DEFINITIONS DE MEDECINE GENERALE EN EUROPE	42
1.3.2. HISTORIQUE DU CURSUS UNIVERSITAIRE EN MEDECINE GENERALE	45
1.3.3. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE EN CANCEROLOGIE : CHRONOLOGIE SELON POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE A TRAVERS LES PLANS CANCER	48
1.3.3.1. Plan Cancer 2003-2007	48
1.3.3.2. Plan Cancer 2009-2013	50
1.3.3.3. Plan cancer 2014-2018	52
1.4. ORGANISATION DES SOINS EN CANCEROLOGIE	53
1.4.1. LES STRUCTURES ET LEURS MISSIONS	54
1.4.1.1. Etablissements de santé.....	54
1.4.1.1.1. La chirurgie	54
1.4.1.1.2. La radiothérapie	54
1.4.1.1.3. La chimiothérapie	55
1.4.1.1.4. Etablissements autorisés.....	55
1.4.1.2. Organisation régionale	56
1.4.1.2.1. Les PRC	56
1.4.1.2.2. Les Cancéropôles.....	56
1.4.1.2.3. Réseau régional en cancérologie (RRC).....	57
1.4.1.2.4. Les centre de coordination en cancérologie (3C).....	57
1.4.1.2.5. Les centres de lutte contre le cancer (CLCC).....	58

1.4.2. OUTILS	59
1.4.2.1. Dossier Communicant en Cancérologie (DCC)	59
1.4.2.2. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)	60
1.4.2.3. Programme Personnalisé de Soins	61

2. ENQUETE AUPRES DE PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT PAR CHIMIOOTHERAPIE EN HOPITAL DE JOUR DES CENTRES HOSPITALIERS DE LIMOGES ET SAINT JUNIEN 63

2.1. MATERIEL ET METHODE	63
2.1.1. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	63
2.1.2. OBJECTIF PRINCIPAL	63
2.1.3. OBJECTIFS SECONDAIRES	64
2.1.4. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	64
2.1.5. DISTRIBUTION DES QUESTIONNAIRES	65
2.1.6. RECUEIL DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUES	66
2.2. RESULTATS	66
2.2.1. TAUX DE PARTICIPATION	66
2.2.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	66
2.2.2.1. Sexe	66
2.2.2.2. Age	67
2.2.2.3. Distance domicile-hôpital	68
2.2.2.4. Pathologie et stade de la maladie	69
2.2.2.5. Performans status	70
2.2.3. CARACTERISTIQUES DE LA RELATION PATIENT-MEDEecin GENERALISTE	72
2.2.3.1. Ancienneté du suivi	72
2.2.3.2. Fréquence de consultation par le médecin généraliste	73
2.2.4. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS ET APRES LA DECOUVERTE DU CANCER	80
2.2.4.1. Participation au diagnostic	80
2.2.4.2. Consultation d'annonce	81
2.2.5. OPINION SUR LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE	82
2.2.6. ATTENTES DES PATIENTS	84

3. ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA HAUTE-VIENNE 85

3.1. MATERIEL ET METHODE	85
3.1.1. CARACTERISTIQUES GENERALES	85
3.1.2. OBJECTIF PRINCIPAL	85
3.1.3. OBJECTIFS SECONDAIRES	85
3.1.4. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	86
3.1.5. DISTRIBUTION DES QUESTIONNAIRES	87
3.1.6. RECUEIL DES DONNEES ET ANALYSE DES RESULTATS	88
3.2. RESULTATS	88
3.2.1. TAUX DE PARTICIPATION	88
3.2.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	89
3.2.2.1. Répartition selon lieu d'exercice	89
3.2.2.2. Répartition selon le sexe	90
3.2.2.3. Répartition par tranche d'âge	91
3.2.2.4. Répartition selon mode d'exercice	92
3.2.2.5. Nombre de patients en cours de traitement ou surveillance de cancer solide	93
3.2.3. OPINION SUR LA VOLONTE POLITIQUE DE RENFORCER LE ROLE DU MEDECIN TRAITANT	94

3.2.4. STADES D'IMPLICATION ACTUELLE	95
3.2.5. DIAGNOSTIC, ANNONCE, DELIVRANCE DES INFORMATIONS AU PATIENT.....	96
3.2.5.1. Modalités de participation au diagnostic.....	96
3.2.5.2. Consultations dédiées	97
3.2.6. AUTO-EVALUATION DES COMPETENCES NECESSAIRES	98
3.2.7. VOLONTE DE FORMATION COMPLEMENTAIRE.....	100
3.2.8. COMMUNICATION VILLE-HOPITAL	106
3.2.9. CONTRAINTES DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE	107
<u>4. DISCUSSION.....</u>	<u>109</u>
4.1. DISCUSSION DE LA METHODE	109
4.1.1. ETUDE PATIENTS.....	109
4.1.1.1. Taille de l'échantillon	109
4.1.1.2. Taux de réponse	109
4.1.1.3. Type d'étude.....	109
4.1.2. ETUDE MEDECINS	110
4.1.2.1. Taille et choix de l'échantillon étudié.....	110
4.1.2.2. Taux de participation.....	110
4.2. DISCUSSION DES RESULTATS.....	111
4.2.1. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REpondANTS	111
4.2.2. IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES EN CANCEROLOGIE	113
4.2.2.1. Prévention	113
4.2.2.2. Dépistage-diagnostic	116
4.2.2.3. Annonce.....	122
4.2.2.4. Formation	124
4.2.2.5. Un suivi médical partagé, la communication ville-hôpital	126
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>131</u>
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</u>	<u>133</u>
<u>TABLE DES ANNEXES.....</u>	<u>142</u>
<u>ANNEXE 1. LISTE DES REGISTRES QUALIFIES AU 1ER JANVIER 2013.....</u>	<u>143</u>
<u>ANNEXE 2. INCIDENCE ET MORTALITE DU CANCER EN FRANCE</u>	<u>146</u>
ANNEXE 2.1. NOMBRE DE CAS ET DE DECES ET TAUX POUR 100 000 PERSONNES-ANNEES DE CANCER EN 2012....	146
ANNEXE 2.2. INCIDENCE ET MORTALITE ESTIMEE DES PRINCIPAUX CANCERS EN FRANCE METROPOLITAINE CHEZ L'HOMME EN 2012.....	147
ANNEXE 2.3. INCIDENCE ET MORTALITE ESTIMEES DES PRINCIPAUX CANCERS EN FRANCE METROPOLITAINE CHEZ LA FEMME EN 2012	148
.....	148
<u>ANNEXE 3. EVOLUTION DE L'INCIDENCE (TAUX STANDARDISE MONDE ESTIME) DES CANCERS DE 1980 A 2012 SELON LE SEXE</u>	<u>149</u>

ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE AUQUEL LES PATIENTS ONT REPONDU150

**ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX MEDECINS GENERALISTES ET COURRIER
D'ACCOMPAGNEMENT153**

.....157

INTRODUCTION

A 750 kilomètres au Sud de la capitale soudanaise, Khartoum, des archéologues britanniques ont fait la découverte récente du squelette d'un homme ayant souffert d'un cancer métastatique, il y a plus de 3200 ans (1).

Aujourd'hui, le cancer est une des principales causes de mortalité dans le monde, à l'origine de 8.2 millions de décès en 2012. On estime ce chiffre à 13.2 millions d'ici à 2020.

De ce constat, le cancer est devenu une priorité nationale depuis 2003, par la création des plans cancer.

Il s'inscrit dans les maladies chroniques mais se distingue par une collaboration indispensable et pluridisciplinaire des intervenants. L'évolution croissante des innovations technologiques et médicales au service du cancer impose une prise en charge spécialisée, dans des centres de référence aux compétences techniques adaptées. Le médecin généraliste, longtemps considéré dernier maillon de cette chaîne, assure le lien entre la médecine spécialisée et le patient.

Dans le second plan cancer 2009-2013, une des priorités visait à « *renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge* ». Pourtant, peu d'études se sont intéressées à discuter du point de vue des principaux acteurs : les patients atteints de cancer et leur médecin traitant.

La nature de cette relation singulière patient/médecin généraliste se voit elle modifiée dès l'annonce de la maladie cancéreuse ? Qu'attendent ces patients de leur médecin traitant durant leur prise en charge ?

Dans quelles mesures les médecins généralistes s'impliquent-ils pour leur patient ?
Quelles sont leurs difficultés dans la pratique quotidienne ?

Notre étude s'est attachée à recueillir les informations relatives à la relation patient-médecin généraliste. A cet effet, nous avons réalisé une enquête double. Ainsi, nous allons analyser, d'une part le point de vue des patients atteints de cancer, dans un moment particulier de leur prise en charge, le traitement par chimiothérapie. D'autre part, sera examiné le point de vue des médecins généralistes. De cette façon, nous discuterons des résultats et tenterons de proposer des pistes de perspectives à entrevoir.

1. RAPPELS-CRITERES-DEFINITIONS

1.1. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER EN FRANCE

1.1.1. RESSOURCES DES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Les premiers registres français des cancers ont été créés à partir des années 1975 sur des initiatives individuelles dans un double objectif de surveillance et de recherche.

En 1986, la création du Comité National des Registres (CNR) a permis d'inscrire les registres dans une politique nationale de santé publique et de recherche.

En 1991, ces registres se sont regroupés en association constituant le réseau FRANCIM (France Cancer Incidence et Mortalité) ayant pour but de coordonner les travaux utilisant les données collectées par ces registres.

Depuis 1999, le service de bio-statistiques des Hospices Civils de Lyon (HCL) collabore, gère et assure la mise à jour des données.

Depuis 2008, afin de mener une politique de santé publique commune dans le cadre de l'épidémiologie descriptive du cancer l'inVS, INCa, réseau Francim et service de bio-statistiques des HCL ont mis en place un programme de partenariat scientifique.

Au 1er Janvier 2013, on comptait 14 registres généraux métropolitains (dont la Haute-Vienne pour le Limousin), 2 registres généraux d'outremer, 11 registres spécialisés (dont 2 dans le domaine pédiatrique). [Annexe1]

Les indicateurs sont produits annuellement ou tous les 5 ans.

En voici quelques uns à titre d'exemple :

- incidence observée par zone couverte par registres, publication annuelle
- projections d'incidence et de mortalité nationale pour l'année en cours à partir de scenarii d'évolution du cancer (production annuelle depuis 2008)

- estimations d'incidences régionales, les survies, les prévalences nationale produites tous les 5 ans
- estimations nationales d'incidence et de mortalité actualisées tous les cinq ans selon une modélisation statistique des données d'incidence recueillies par le réseau Francim des registres des cancers et des données de mortalité fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Inserm. La méthodologie utilisée permet une analyse détaillée des tendances depuis 1980 sur les 25 dernières années.

La surveillance actuelle de l'incidence des cancers repose sur le réseau Francim qui couvre environ 20 % de la population métropolitaine. Les estimations d'incidence produites par les registres ne répondent pas à l'ensemble des besoins d'information pour l'aide à la décision. Ainsi, en complémentarité et en articulation étroite avec le dispositif actuel de surveillance constitué par les registres, l'InVS développe un Système multi-sources de surveillance des cancers (SMSC) qui a vocation, à terme, de couvrir l'ensemble du territoire. Le développement par l'InVS d'un système de surveillance multi sources des cancers figure dans la mesure 7 du Plan cancer 2009-2013 (2).

Le principe du SMSC repose sur la constitution d'une base nationale de données individuelles, anonymes et croisées à partir de trois sources d'information :

- le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- les affections de longue durée (ALD 30), qui font l'objet d'une exonération du ticket modérateur, centralisées depuis 2005 pour tous les régimes au niveau du Système d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) ;
- les compte rendus d'anatomie cyto-pathologique (ACP). Les données ACP constituent un élément indispensable pour la surveillance épidémiologique puisque ce sont elles qui permettent d'attester du diagnostic de cancer et de le caractériser (3).

1.1.2. INCIDENCE ET MORTALITE

1.1.2.1. Sur le plan national

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine était estimé à 355 000 : 200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme.

Chez l'homme, la 1^{ère} cause de cancer en 2012 était le cancer prostatique avec 56 800 nouveaux cas. Venait en seconde localisation le cancer du poumon avec 28 800 nouveaux cas, puis en 3^{ème} position le cancer colorectal avec 23 200 nouveaux cas.

Chez la femme, la 1^{ère} cause de cancer en 2012 était le cancer du sein avec 48 800 nouveaux cas. Le cancer colorectal avec 18 900 nouveaux cas était au second rang. En 3^{ème} nous retrouvons le cancer du poumon avec 11 300 nouveaux cas en 2012.

En 2012, le nombre de décès par cancer était estimé à 85 000 hommes et 63 000 femmes, soit 148 000 décès (569 868 décès en 2012 soit 25.9% par cancer)

Chez l'homme, en 2012, la première cause de décès par cancer était attribué au cancer pulmonaire (21 300), puis en second rang le cancer colorectal avec 9 200 décès, au troisième nous retrouvons les cancers prostatiques avec 8 900 décès.

Chez la femme, en 2012, le cancer du sein était la première cause de décès par cancer (11 900 décès). Le cancer pulmonaire venait ensuite avec 8 600 décès, suivi par le cancer colorectal avec 8 400 décès (3) [Annexes 2.1 ; 2.2 ; 2.3]

1.1.2.2. En Limousin

L'estimation de l'incidence des trois principaux cancers chez l'homme, dans la région Limousin, entre 2008 et 2010, réalisée à partir des données des registres du réseau Francim et des données PMSI et ALD est représentée dans le tableau suivant.

Localisation	Nombre de cas	Taux brut	Taux standardisé monde
Colon-rectum	351	115.5	37.6
Poumons	328	125.1	42.7
Prostate	908	455.1	106

Tableau 1 : Estimation de l'incidence des principaux cancers chez l'homme, dans la région Limousin, pour la période 2008-2010, réalisée à partir des registres du réseau Francim et des données PMSI et ALD.

Pour la localisation prostatique, le nombre annuel moyen de cas incidents de cancer était de 908 sur la période 2008-2010, représentant un taux brut d'incidence de 455.1 cas pour 100 000 personnes-années et un taux standardisé de 106 cas pour 100 000 personnes-années.

Le nombre annuel moyen de cas incidents de cancers colorectaux chez l'homme était de 351 entre 2008 et 2010, correspondant à un taux brut d'incidence de 115,5 cas pour 100 000 personnes-années et un taux standardisé de 37,6 cas pour 100 000 personnes-années.

Le nombre annuel moyen de cas incidents de cancers pulmonaires était de 328 durant la période 2008-2010, équivalant à un taux brut d'incidence de 125,1 cas pour 100 000 personnes-années et un taux standardisé de 42,7 cas pour 100 000 personnes-années.

L'estimation de l'incidence des trois principaux cancers chez la femme, dans la région Limousin, entre 2008 et 2010, réalisée à partir des données des registres du réseau Francim et des données PMSI et ALD est décrite dans le tableau ci-dessous.

Localisation	Nombre de cas	Taux brut	Taux standardisé monde
Colon-rectum	293	88.2	23.3
Poumons	119	38	14.7
Sein	637	203.2	88.9

Tableau 2 : Estimation de l'incidence des principaux cancers chez la femme, dans la région Limousin, pour la période 2008-2010, réalisée à partir des données des registres du réseau Francim et des données PMSI et ALD.

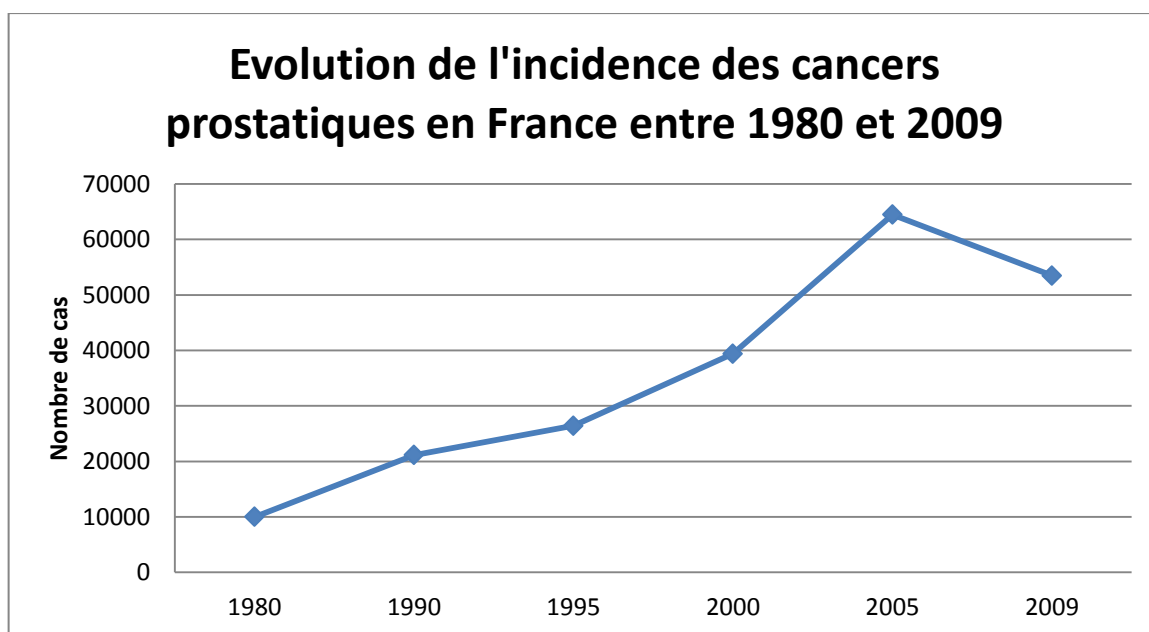
Prenons comme exemple la première localisation tumorale chez la femme en France, le sein. Le nombre annuel moyen de cas incidents est de 637 sur la période 2008-2010, représentant un taux brut d'incidence de 203,2 cas pour 100 000 personnes-années et un taux standardisé de 88,9 cas pour 100 000 personnes-années.

En Limousin pour cette période les principales localisations cancéreuses par sexe sont identiques à l'ensemble de la population nationale en 2012 [(4) ; (5) ; (6) ; (7)].

1.1.3. EVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITE ENTRE 1980 ET 2012

1.1.3.1. Evolution de l'incidence par cancer selon la localisation tumorale

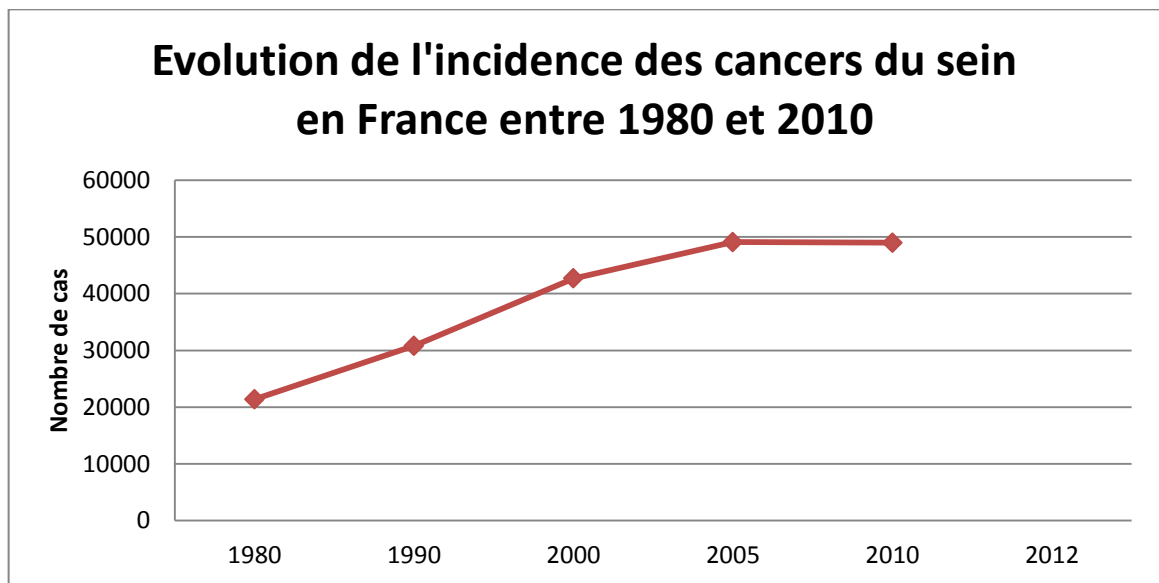
Le graphique suivant décrit l'évolution de l'incidence des cancers prostatiques en France sur une période de trente ans, d'après les données des registres Francim.



Graphique 1 : Evolution de l'incidence des cancers prostatiques en France entre 1980 et 2009

Depuis 2005, nous observons en France une diminution du nombre de cas incidents de néoplasies prostatiques.

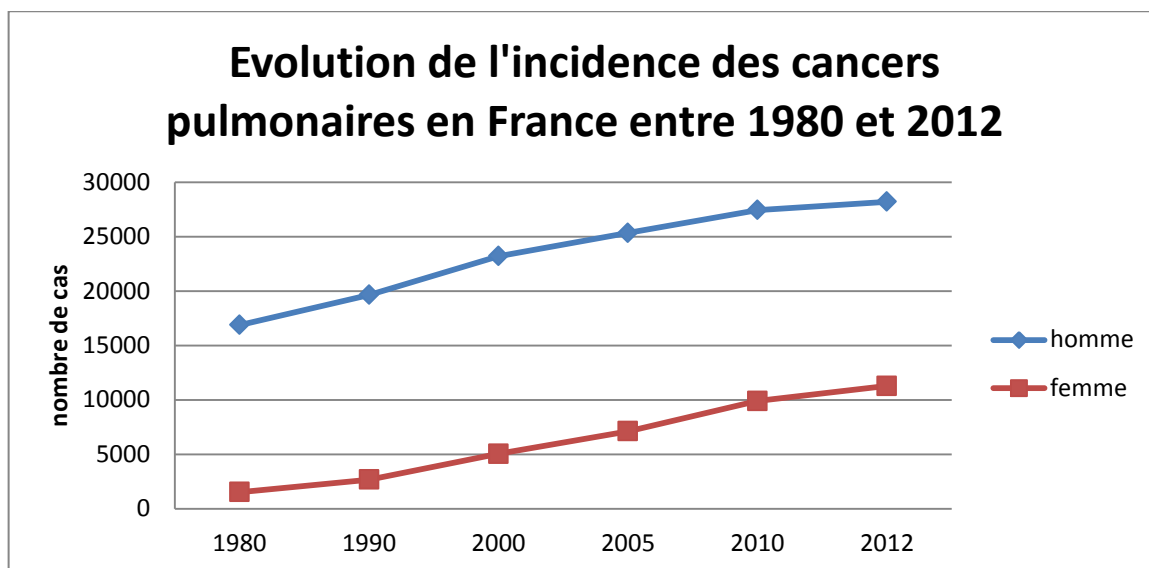
Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de l'incidence des cancers du sein en France entre 1980 et 2010.



Graphique 2 : Evolution de l'incidence des cancers du sein en France entre 1980 et 2010.

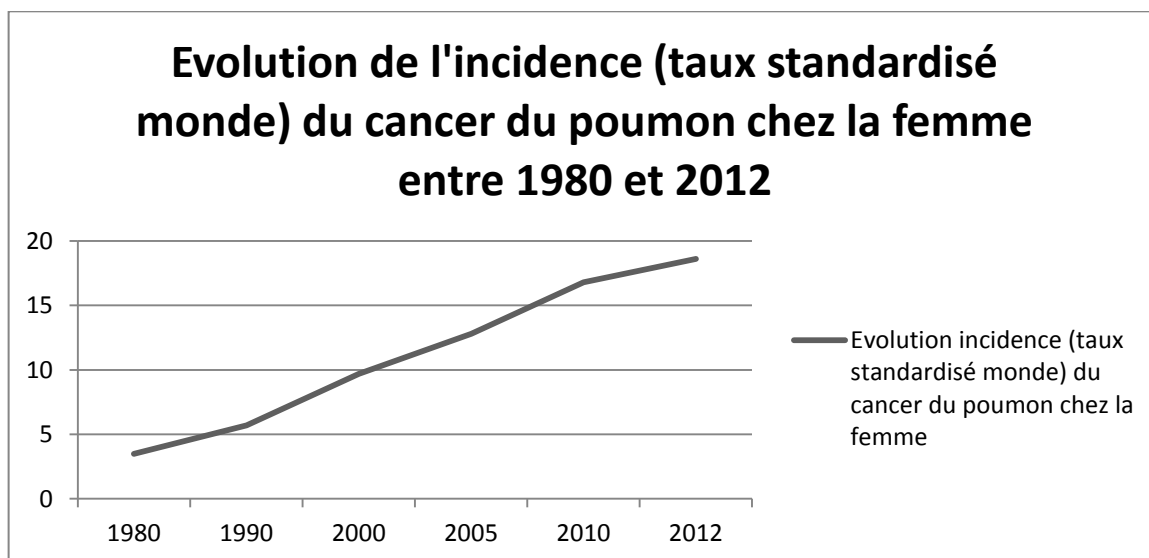
Après quinze années d'augmentation progressive, nous remarquons depuis 2005 une stabilité du nombre de cas incidents de néoplasie mammaire en France.

Ce graphique figure l'évolution de l'incidence des cancers pulmonaires en France entre 1980 et 2012, d'après les données des registres Francim.



Graphique 3 : Evolution de l'incidence des cancers pulmonaires en France entre 1980 et 2012.

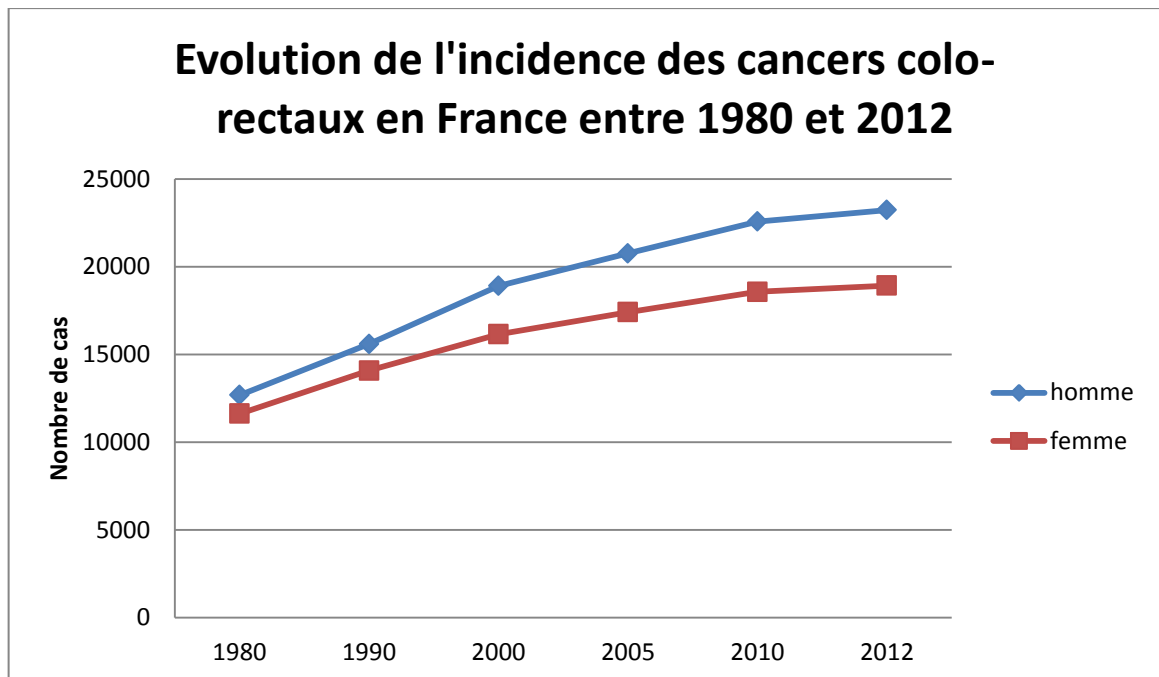
Le graphique suivant représente l'évolution du taux d'incidence standardisé à la population mondiale des cancers pulmonaires chez la femme, entre 1980 et 2012.



Graphique 4 : Evolution du taux d'incidence standardisé à la population mondiale du cancer du poumon chez la femme entre 1980 et 2012.

Depuis 1980, d'après les données des registres Francim, le taux d'incidence standardisé à la population mondiale de cancer pulmonaire chez la femme augmente progressivement.

La figure ci-dessous représente l'évolution de l'incidence des cancers colorectaux en France durant la période 1980-2012.



Graphique 5 : Evolution de l'incidence des cancers colorectaux en France entre 1980 et 2012.

Après une augmentation progressive, depuis 2010 le nombre de cas incidents de cancers colorectaux tend à se stabiliser de la même façon chez l'homme comme chez la femme (8).

Il n'est pas aisé d'étudier de manière globale l'évolution des cancers car selon leur localisation, les facteurs de risque, les prises en charge et les facteurs pronostics, ils constituent un ensemble hétérogène. Or, si l'on devait décrire une tendance générale, il semble que le nombre de nouveaux cas en France entre 1980 et 2012 a considérablement augmenté pour les hommes comme pour les femmes : +107.6% et 111.4%.

En qualité de variation d'incidence (standardisée par rapport à la population mondiale), nous pouvons relever une augmentation en moyenne de 0.8% par an chez l'homme et 1.1% par an chez la femme. Mais ce taux a tendance à s'infléchir sur la période 2005-2012 avec une diminution moyenne incidence de 1.3% par an pour l'homme et un ralentissement de l'augmentation d'incidence chez la femme de 0.2% par an.

Ce phénomène pourrait être expliqué par plusieurs facteurs.

Tout d'abord de façon purement mécanique par accroissement de la population nationale (55 573 000 habitants en France en 1982, 65 252 000 en 2012) (9).

Ensuite par le vieillissement de la population : 23.7 millions >60 ans en 2014, contre 17 millions 60 ans et + en 1980, et 5.7 millions de 75 ans et plus en 1980 pour 9.1 millions au 1er janvier 2014 (10). La survenue de cancer augmentant avec l'âge.

Outre ces phénomènes démographiques, la probabilité diagnostique de ces cancers est plus importante aujourd'hui. Les techniques de détection sont plus élaborées. La généralisation des tests de dépistage concoure à l'augmentation de l'incidence de certains cancers (sein, col de l'utérus, colon-rectum). Un cas particulier concerne le cancer de la prostate par l'intensification du dosage sérique du PSA, faisant actuellement l'objet de controverse car ne fait pas partie des recommandations définies par les autorités de santé. D'après le dernier rapport publié en Avril 2012, l'HAS concluait à l'absence de preuve suffisante pour justifier la mise en place d'un tel dépistage (11). L'extension rapide de cette pratique pourrait expliquer la hausse importante de nouveaux cas observée en 2005, par sur-détection des hommes n'ayant pas encore bénéficiés de cette méthode auparavant. En 2009 l'incidence a rapidement diminuée, peut-être par prise de conscience des professionnels de santé désormais prudents quant au phénomène de sur-diagnostic et soucieux des conséquences éventuelles, en accord ainsi avec les arguments de l'HAS.

Considérons maintenant de manière isolée chacune des principales localisations.

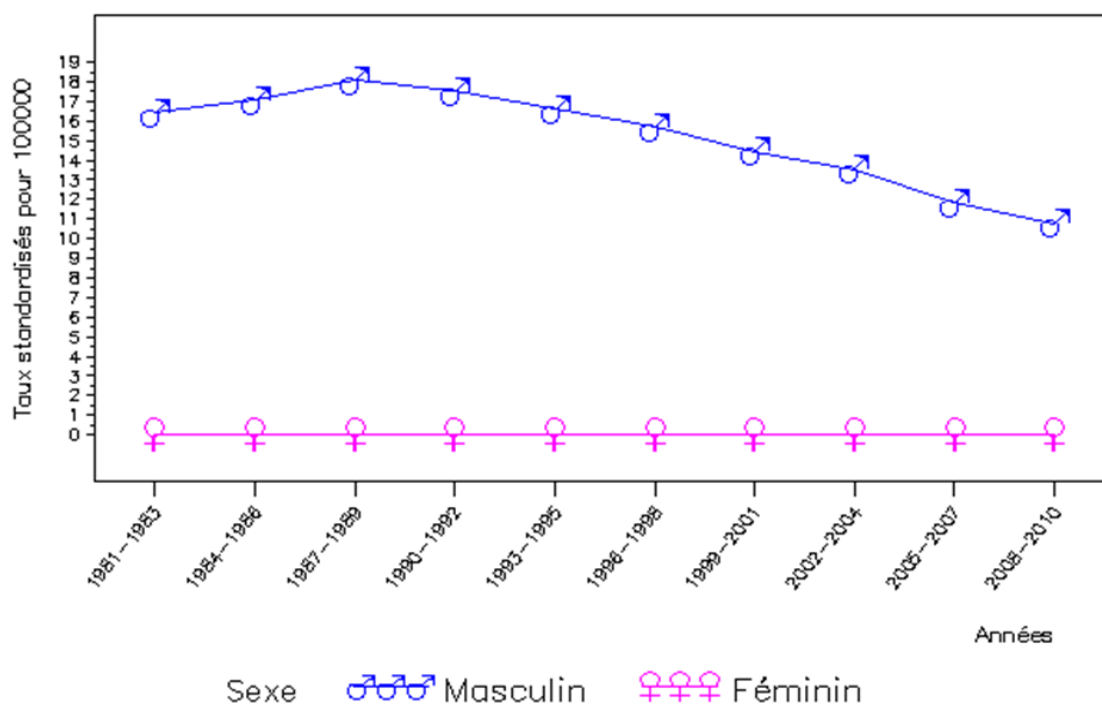
L'incidence du cancer du sein a plus que doublé entre 1980 et 2005, mais on remarque une diminution de 1.5% par an entre 2005 et 2012. La réduction de la prescription des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause pourrait expliquer cette observation. L'effet de saturation du dépistage organisé ou individuel reste discuté (12).

Chez l'homme, le nombre de nouveaux cas de cancers du poumon semble se stabiliser depuis les années 2000. Au contraire chez la femme depuis 1980 ce chiffre a été multiplié par 8 (1526 en 1980, 11284 en 2012). Ces évolutions différentes sont liées au principal facteur de risque, la consommation tabagique. Alors qu'on observait chez l'homme une baisse suivie depuis 2005 d'une stagnation, on note désormais pour les femmes une hausse de la prévalence du tabagisme (13).

Le nombre de nouveaux cas de cancers colorectaux tend à stagner particulièrement depuis 2010, de la même façon pour les deux sexes. Le dépistage organisé repose sur la recherche d'un saignement occulte par le test Hemocult II, chez les 50-74 ans, tous les deux ans. Ce programme lancé en 2002 s'est progressivement étendu à l'ensemble du territoire national jusqu'en 2009 (14). Aussi, la prise en charge précoce par la résection des lésions pré cancéreuses pourrait expliquer ces chiffres.

1.1.3.2. Mortalité en France selon la localisation tumorale

Ce graphique représente le taux de décès par cancer de la prostate, standardisés par âge en France, depuis 1981 jusqu'en 2010.

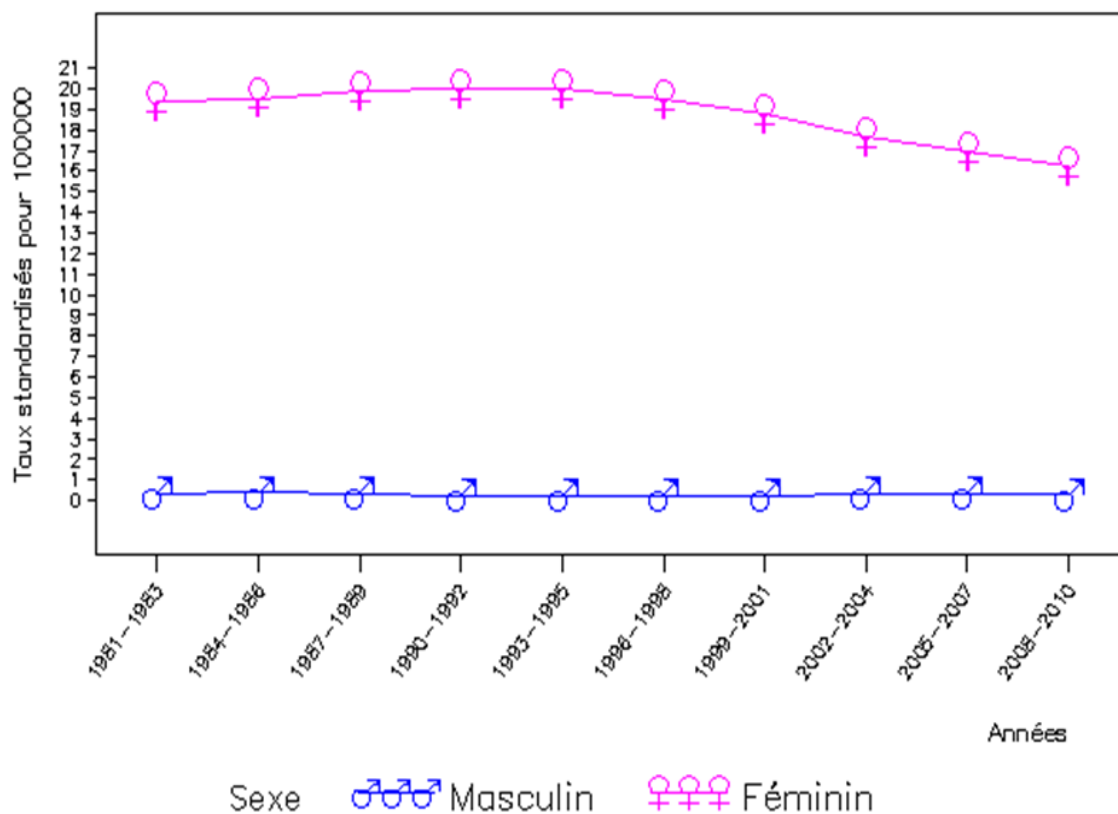


Source : CépiDC - INSERM

Graphique 6 : Evolution par sexe des taux de décès standardisés par âge, en France, pour les tumeurs malignes de la prostate, entre 1981 et 2010.

Depuis 1989, nous observons une décroissance du taux de décès par cancer prostatique sur l'ensemble du territoire national.

Ce graphique décrit l'évolution des taux de décès standardisés par âge, par cancer du sein, en France entre 1981 et 2010.

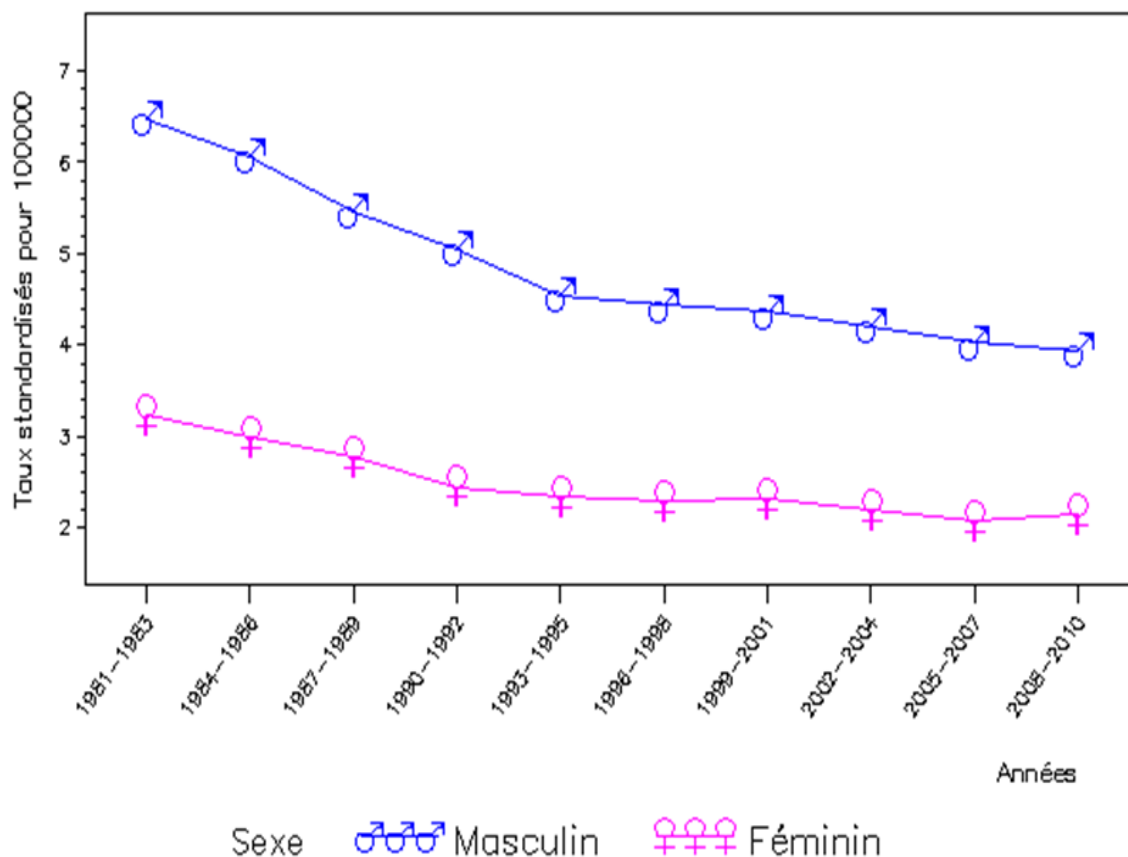


Source : CépiDC - INSERM

Graphique 7 : Evolution par sexe des taux de décès standardisés par âge, en France, pour les tumeurs malignes du sein, entre 1981 et 2010.

Depuis 1995, nous pouvons constater une diminution du taux de décès pour 100 000 habitants par cancer du sein, en France.

L'illustration suivante montre l'évolution par sexe des taux de décès standardisés par âge, par tumeurs malignes du rectum et de l'anus, en France, entre 1981 et 2010.



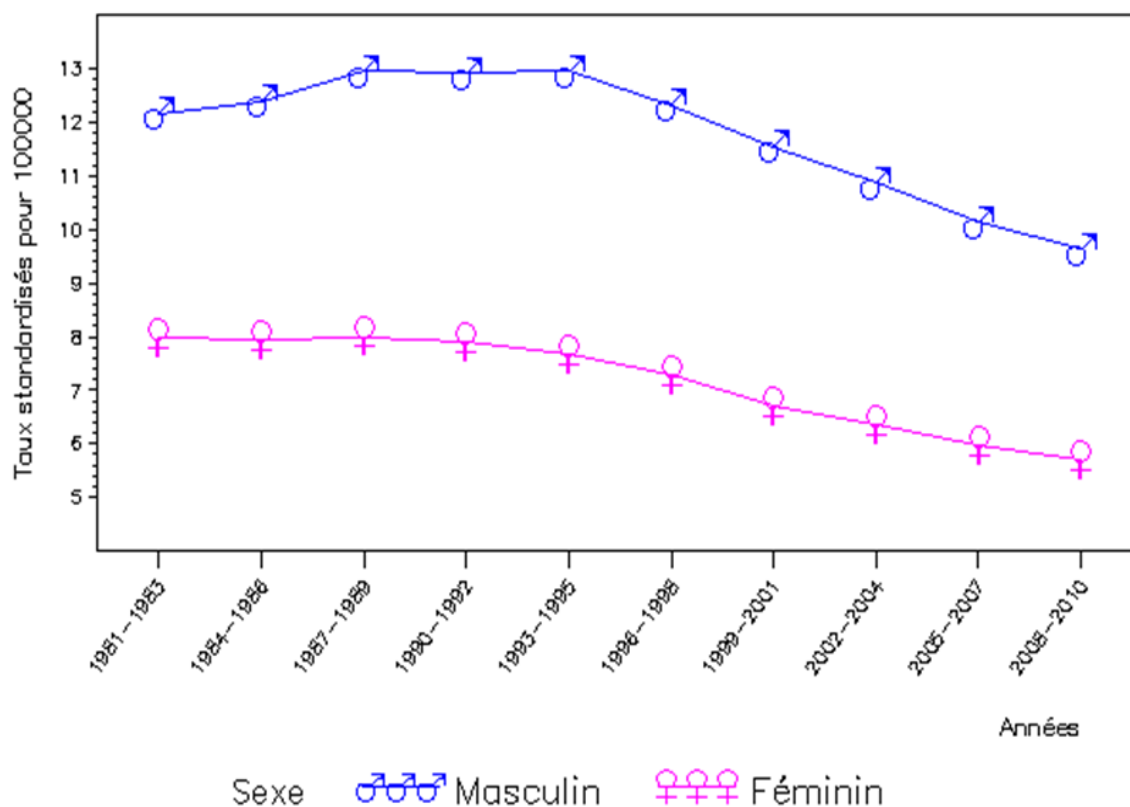
Source : CépiDC - INSERM

Graphique 8 : Evolution par sexe du taux de décès standardisés par âge par cancers du rectum et de l'anus, en France, entre 1981 et 2010.

De 1981 à 1995 nous remarquons une très nette chute du taux de décès par cancer du rectum et de l'anus en France, en particulier chez l'homme.

Ces chiffres semblent se stabiliser depuis, en particulier de façon plus marquée chez la femme jusqu'à aujourd'hui.

Ci-dessous le graphique expose l'évolution par sexe des taux de décès standardisés par âge, en France, par cancer du côlon, entre 1981 et 2010.



Source : CépiDC - INSERM

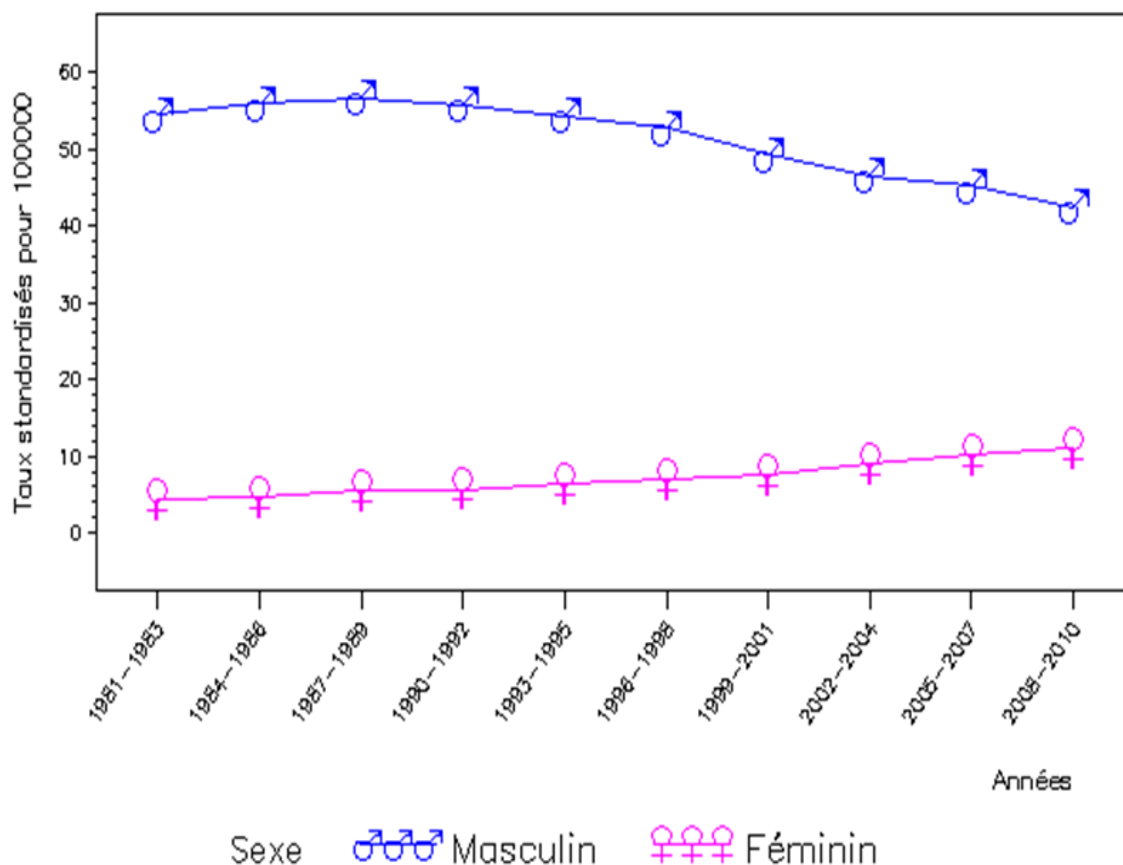
Graphique 9 : Evolution par sexe des taux de décès standardisés par âge, en France, par cancer du côlon, entre 1981 et 2010.

L'évolution du taux de décès par cancer colique diverge de celle constatée pour la localisation rectale.

En effet, chez l'homme, jusqu'en 1995 après une phase de stabilisation nous remarquons une baisse progressive et constante jusqu'en 2010.

Chez la femme, la diminution du taux de décès par cancer colique est plus ancienne, commençant en 1989, et également moins franche mais progressive jusqu'à aujourd'hui.

Ce graphique expose l'évolution par sexe des taux de décès standardisés par âge, en France, résultant de tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, entre 1981 et 2010.



Source : CépiDC - INSERM

Graphique 10 : Evolution par sexe des taux de décès standardisés par âge, en France, par tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, entre 1981 et 2010.

L'évolution des taux de décès standardisés pour 100 000 habitants est différente selon le sexe.

Depuis 1989, nous observons chez l'homme une réduction du nombre de décès, dont l'accélération semble plus marquée depuis 1996.

Chez la femme, depuis 1981, le taux standardisé de décès par cancer bronchique, pulmonaire, du larynx et de la trachée s'accroît de façon très progressive jusqu'en 2010 (15).

Le nombre de décès par cancer a augmenté de 11% chez l'homme et 20.3% chez femme.

Si l'on décompose ces chiffres, pour l'homme parmi ces 11%, 16.4% sont liés à l'augmentation de la population, 43.3% secondaires au vieillissement de la population.

Chez la femme parmi ces 20.3%, 19.3% sont liés à l'augmentation de la population et 34.5% liés au vieillissement.

C'est l'évolution démographique qui semble conditionner l'augmentation constatée.

L'analyse des chiffres de mortalité est plus complexe car il dépend du nombre de cas incidents, du nombre de cas au stade avancé au moment du diagnostic et de la prise en charge, de l'efficacité de ces prises en charge, des progrès thérapeutiques réalisés.

Pour la prostate l'évolution de la mortalité est différente de l'incidence, avec une baisse régulière depuis les années 1990, donc avant le début de l'utilisation massive du dosage du PSA sérique. Elle est liée en partie à l'amélioration des thérapeutiques en particulier pour les stades avancés par l'utilisation de l'hormonothérapie. Le dépistage à des stades précoces et curables joue également un rôle important.

On observe une réduction de la mortalité depuis le milieu des années 1990 pour le cancer du sein, et cela malgré une baisse de l'incidence bien plus tardive. Les avancées thérapeutiques et le bon pronostic des prises en charge au stade précoce expliqueraient cela en partie, associée au début du dépistage par mammographie en 1990.

Alors que l'incidence des cancers colorectaux augmentait nettement jusqu'en 2005 environ, la mortalité semble diminuer régulièrement chez l'homme comme chez la femme depuis 1995.

1.2. DEMOGRAPHIE MEDICALE

1.2.1. TENDANCE GENERALE

L'ensemble de ces résultats épidémiologiques implique une évolution indispensable du paysage démographique médical.

Rappelons qu'outre le vieillissement de la population, l'exposition professionnelle et environnementale aux toxiques... la cancérologie devient un acteur principal, raison pour laquelle le Président de la République Jacques Chirac en a fait un pilier par la création en 2003 du 1er plan cancer.

Et, si l'on applique une théorie toute simple de loi d'offre et de la demande, en d'autres termes adapter les effectifs médicaux aux besoins de la population, il est facile de conclure à la nécessité d'augmenter le nombre de médecins spécialistes et généralistes, principaux acteurs en oncologie.

Faisons d'abord un état des lieux de la situation actuelle. D'après la dernière publication de l'Atlas 2013 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), on observe le maintien d'une légère baisse (-0,2% par rapport à 2012) des médecins en activité régulière (199 419).

Pourtant, au 1er janvier 2013, l'effectif total des médecins inscrits à l'ordre n'avait jamais été aussi élevé (271 970). L'augmentation continue du nombre de retraités (+8%) explique ces chiffres, ils étaient 56 105.

Comment expliquer ce constat ? Petit historique de politique de santé publique.

Le 23 Octobre 1971, le journal officiel publiait en application d'une loi votée quelques semaines plus tôt, le premier des arrêtés annuels qui fixent le nombre d'étudiants en médecine admis en deuxième année, nombre appelé depuis numérus clausus.

En 1972, première année d'application, ce chiffre était fixé à 8588 par an. Puis ce quota a commencé à diminuer dès 1977 pour atteindre son niveau le plus bas en 1992 avec

3500 nouveaux étudiants par an. Pourquoi à l'époque tous s'accordait-il à limiter ce robinet médical ?

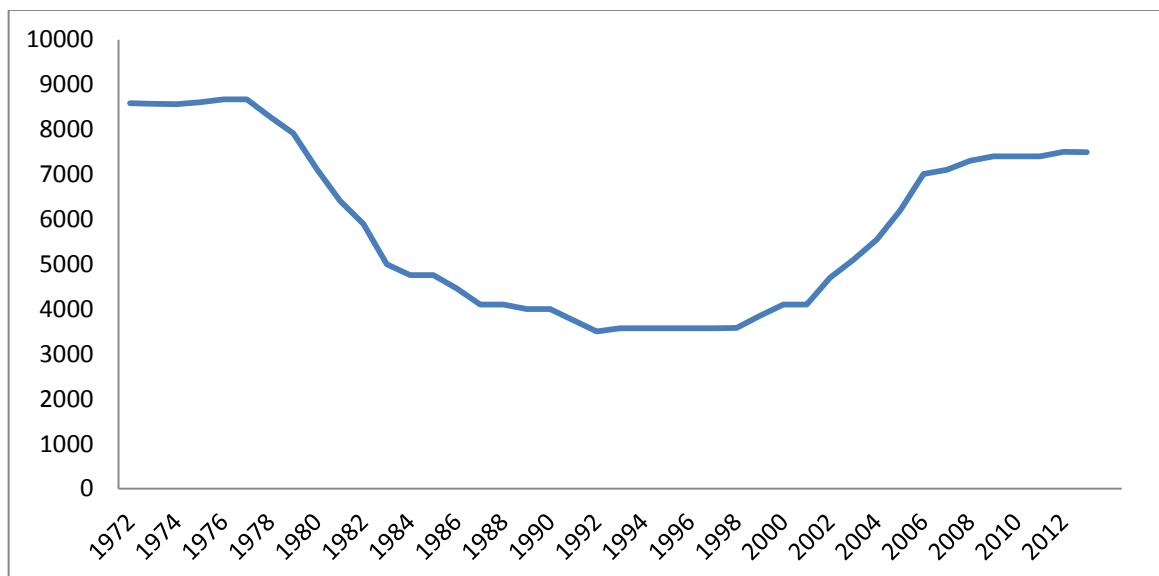
Durant la période des trente glorieuses (1945-1973) avec la démocratisation de l'accès aux études secondaires, puis aux études supérieures on observe un afflux d'étudiants inscrits en première année de médecine, 25 000 en 1971 pour environ 62 000 médecins exerçant en France à cette époque. Un premier système de régulation avec le concours de fin de première année est alors mis en place, permettant d'accueillir 8000 étudiants par an.

Puis, devant l'augmentation des dépenses de santé, l'activité médicale va être présentée comme source principale de dépense et les médecins prescripteurs en sont les principaux responsables. Dès lors, les gouvernements successifs vont s'attacher à réduire le numerus clausus, les médecins plus âgés se verront proposer le Mica (Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité) indemnisation proposée en échange de l'arrêt de leur activité dès 56 ans, ou bien encore d'autres se verront proposé une réorientation vers des secteurs non soignants (directeur de crèche, professeur de biologie...)

Ce n'est que début des années 2000, suite en particulier à la canicule de 2003, que les pouvoirs publics prennent conscience des effets du numerus clausus, avec une pénurie médicale toute spécialité confondue, tant dans le secteur libéral qu'hospitalier.

Dans l'urgence l'Etat décide alors de relever le numerus clausus à 5300 en 2003. Depuis celui-ci n'aura de cesse d'augmenter afin de combler le manque d'offre de soins (16).

Le graphique suivant illustre l'évolution de ce numerus clausus depuis 1972 jusqu'en 2013 [(17) ; (18)].



Graphique 11 : Evolution du numerus clausus des étudiants en médecine en France de 1971 à 2013

1.2.2. ETAT DES LIEUX (19) (20)

1.2.2.1. Activité régulière

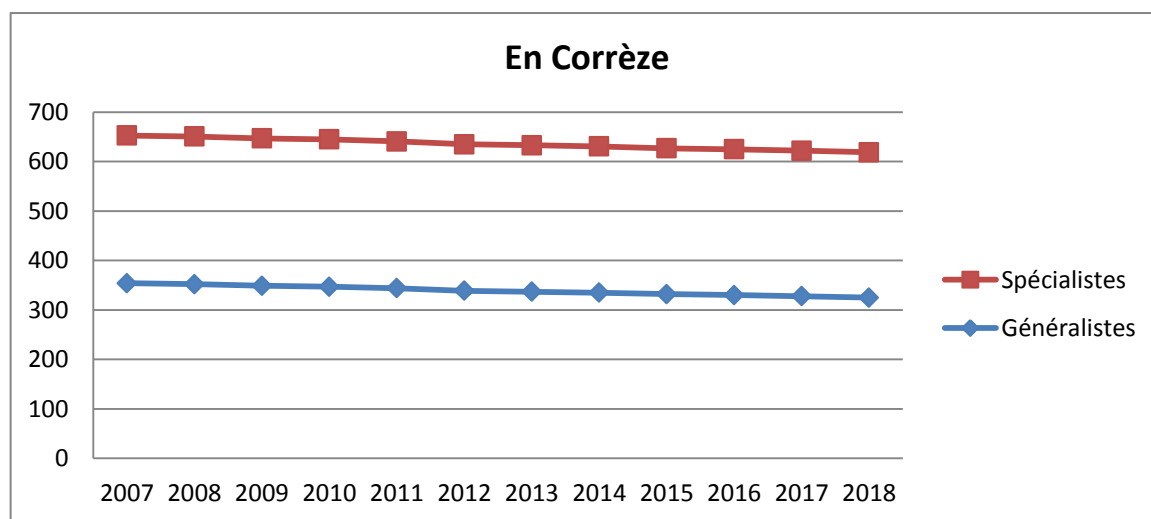
La définition ordinaire de l'activité régulière correspond au nombre de médecins qui exercent une activité au même endroit.

Au 1^{er} Janvier 2013 on comptait 199 419 médecins en activité régulière, soit une légère hausse de 0.3% depuis 2007. Bien sûr, il existe une disparité inter-régionale. Trois d'entre elles se distinguent par une baisse significative : l'Ile-de-France -4.8%, la région Champagne-Ardenne -3.4%, et la région Centre avec une réduction de 2.9% de l'activité régulière.

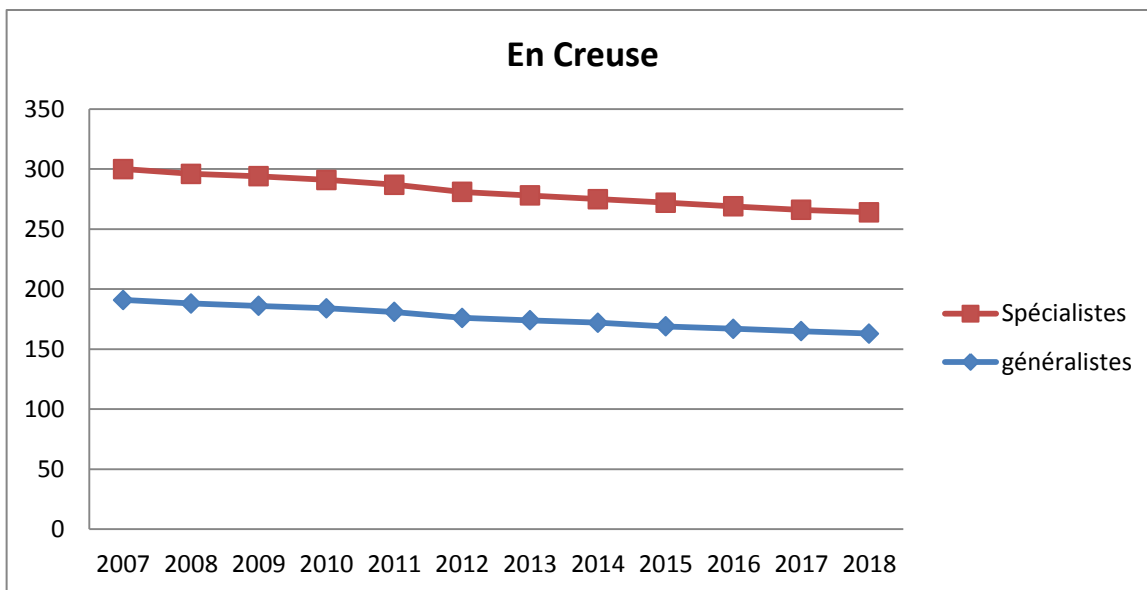
Concernant notre région limousine, entre 2007 et 2013 a été noté une discrète baisse de cette activité de l'ordre de 0.2%

D'après des calculs basés sur des modèles théoriques, ces effectifs vont évoluer de façon différente selon la spécialité : -5.52% pour la médecine générale, +5.84% pour les spécialités.

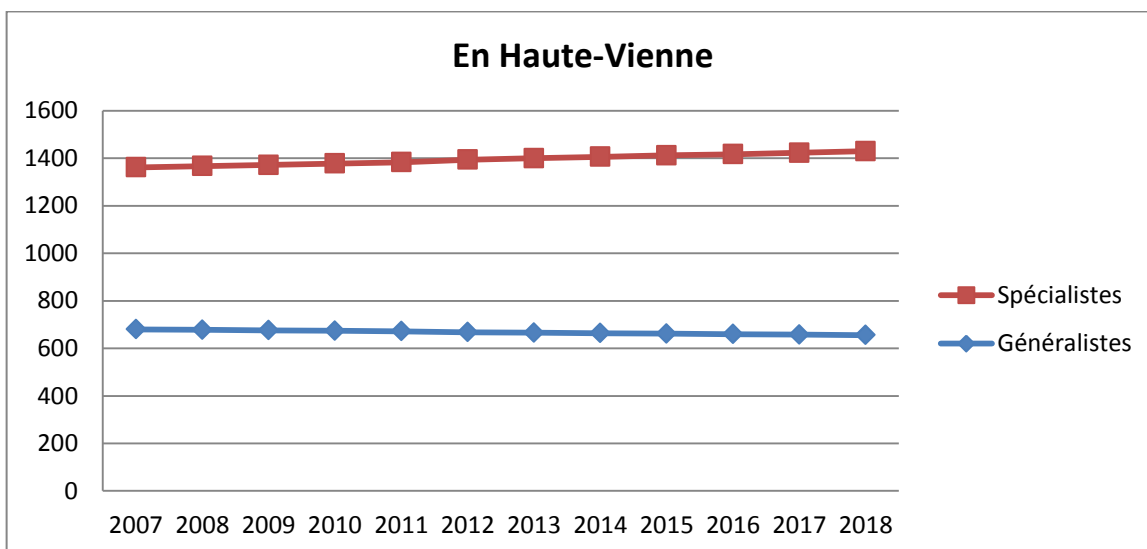
Les trois graphiques suivants représentent l'évolution des effectifs médicaux ainsi que leur estimation par projection, en Limousin, par département, entre 2007 et 2018.



Graphique 12 : Evolution des effectifs médicaux en Corrèze et estimation par modèle de projection, de 2007 à 2018.



Graphique 13 : Evolution des effectifs médicaux et estimation par modèle de projection en Creuse, de 2007 à 2018.



Graphique 14 : Evolution des effectifs médicaux et estimation par modèle de projection en Haute-Vienne, de 2007 à 2018.

On constate qu'en Haute-Vienne le nombre de médecins spécialistes en activité régulière se verra nettement augmenter. Quant aux départements de Corrèze et Creuse, sera observée une discrète décroissance, plus importante pour les généralistes.

1.2.2.2. Etude des effectifs et de la densité médicale

1.2.2.2.1. En médecine générale

Ce tableau expose le nombre de médecins généralistes par sexe, leur densité moyenne au 1^{er} Janvier 2013, ainsi que l'estimation de leur effectif par modèle de projection pour 2018, en Limousin et selon chaque département.

	Hommes	Femmes	Total	Densité	Projection 2018
Corrèze	213	124	337	137.7	-9%
Creuse	108	66	174	140.8	-6%
Haute-Vienne	357	309	666	176.2	-2%
Limousin	678	499	1177	157.7	-3%
France métropolitaine	50990	37 344	88 244	139.2	-4%

Tableau 3 : Effectifs des médecins généralistes par sexe et densité moyenne au 1^{er} Janvier 2013, projection des effectifs en 2018, en Limousin et pour chaque département.

Au premier janvier 2013, sur l'ensemble du territoire français on comptait 88 244 médecins généralistes effectifs, dont 42.3% de femmes, avec une densité moyenne de 139.2 médecins pour 100 000 habitants. Les modèles de projection pour 2018 annonce une diminution de 4%.

On constate contre toute attente que notre région limousine présente une densité bien supérieure à la moyenne nationale avec 157.7 médecins pour 100 000 habitants. Il existe cependant une inégalité départementale avec une faible densité en Corrèze, 137.7 médecins généralistes pour 100 000 habitants et une plus forte diminution selon les modèles de projection à 2018 estimée à 9%.

1.2.2.2.2. En oncologie

Le tableau suivant décrit les effectifs des oncologues médicaux par sexe, leur densité moyenne au 1^{er} Janvier 2013, ainsi que l'estimation par modèle de projection de leur effectif en 2018, en Limousin et selon chaque département.

	Hommes	Femmes	Total	Densité	Projection 2018
Corrèze	0	0	0	0	-
Creuse	1	0	1	0	0.8%
Haute-Vienne	2	3	5	2.3	-20%
Limousin	3	3	6	0.8	0
France métropolitaine	406	361	767	1.2	21%

Tableau 4 : Effectifs par sexe et densité moyenne des oncologues médicaux au 1^{er} Janvier 2013, projection des effectifs en 2018, en Limousin et pour chaque département.

Sur le territoire national en 2013 on comptait 767 oncologues, dont 47% de femmes. La densité moyenne était de 1.2 oncologues pour 100 000 habitants. Les projections à 2018 estiment une hausse de 21% des effectifs.

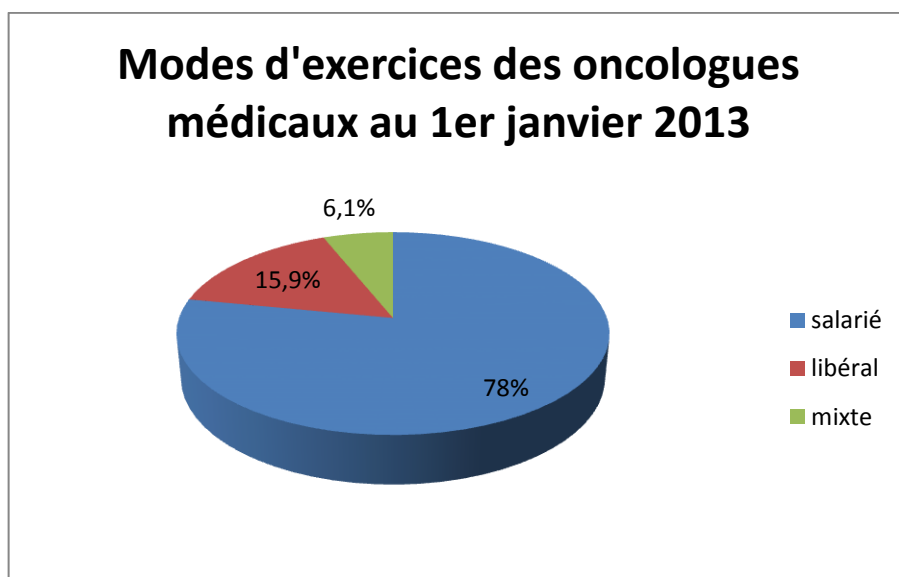
Dans le Limousin, on compte 6 spécialistes en oncologie avec une densité de 0.8 médecin pour 100 000 habitants, et une concentration en Haute-Vienne du fait de la présence du CHRU.

On constate donc qu'il s'agit d'une spécialité en voie de progression en accord avec les données épidémiologiques du cancer, avec cependant la persistance d'une inégale répartition sur le territoire français.

1.2.2.3. Etude des modes d'exercice

1.2.2.3.1. En oncologie

Ce graphique illustre la répartition des modes d'exercices choisis par les oncologues médicaux en France au 1^{er} Janvier 2013.



Graphique 13 : Répartition des modes d'exercices des oncologues médicaux en France au 1^{er} Janvier 2013.

La part des oncologues salariés est importante (78%) du fait de la nécessité d'un plateau technique que proposent les différentes structures hospitalières.

15.9% exercent une activité libérale seule.

6.1% ont opté pour une activité mixte.

1.2.2.3.2. En médecine générale

Ce tableau décrit les effectifs de médecins généralistes par sexe selon leur mode d'exercice, au 1^{er} Janvier 2013.

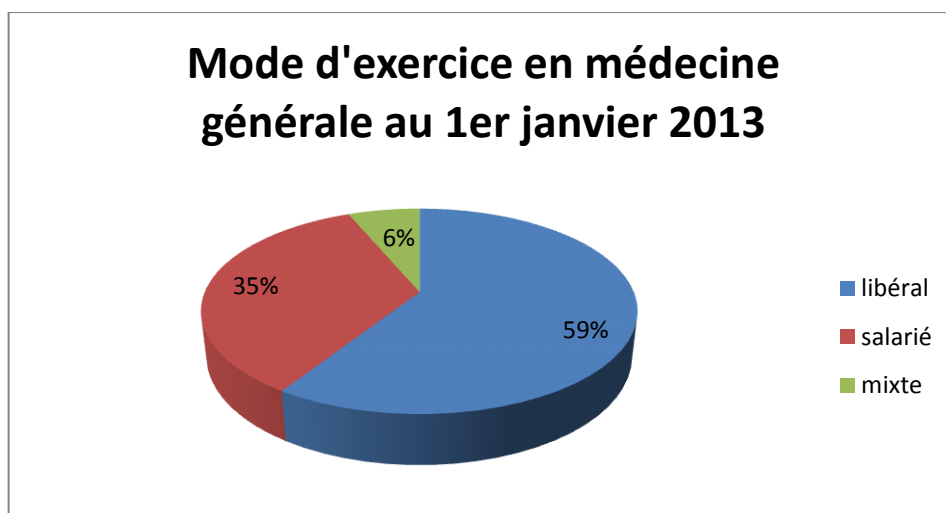
	Libéral	Mixte	Salarié	Sans	Divers	Total
Hommes	36 436	3 761	12 752	12	49	53 010
Femmes	17 608	2 033	18 863	10	15	38 529
Total	54 044	5 796	31 615	22	64	91 539

Tableau 5 : Effectifs par sexe des modes d'exercices des médecins généralistes au 1^{er} Janvier 2013.

Le nombre de médecins généralistes exerçant une activité libérale seule est le plus important.

Au 1^{er} janvier 2013, les femmes avaient optées en plus grand nombre pour une activité salariée.

Ce graphique complète les données précédentes en décrivant la répartition en proportion des modes d'exercices en médecine générale, au 1^{er} Janvier 2013.



Graphique 14 : Répartition des modes d'exercices des médecins généralistes en France au 1^{er} Janvier 2013.

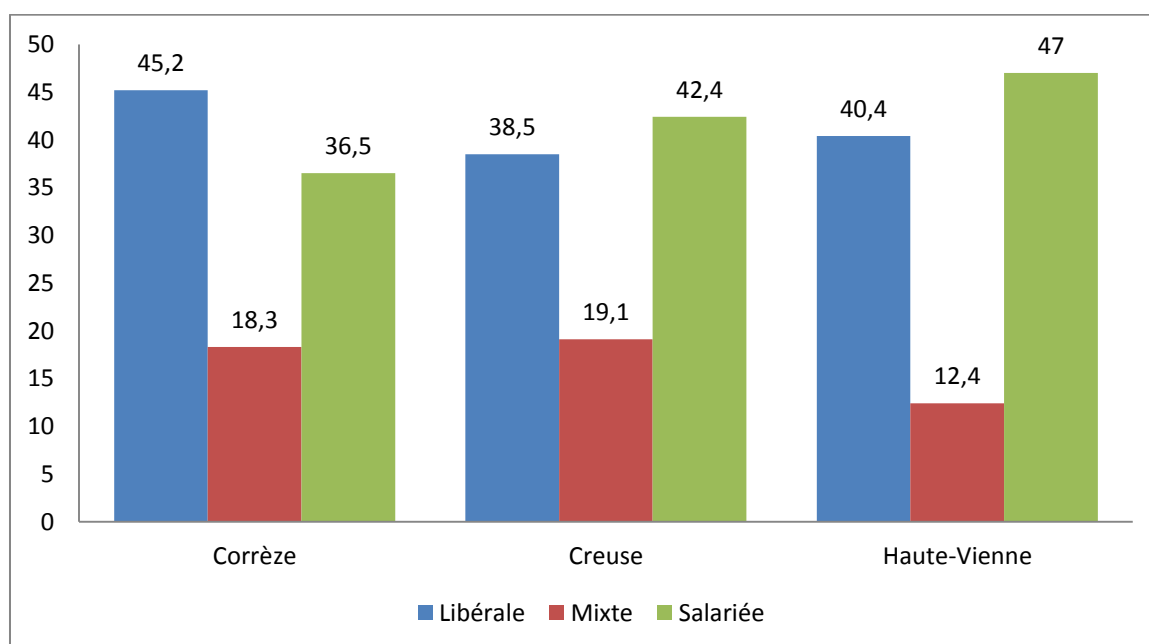
Les médecins généralistes exercent en majorité en secteur libéral, à hauteur de 59%. Le choix pour ce type d'activité semble rester stable depuis des années en médecine générale (21).

35% exercent une activité salariée.

6% pratiquent une activité mixte

En Limousin, 41.5% des médecins généralistes exercent exclusivement en activité libérale, 43.7% sont salariés et 14.8% pratiquent une activité mixte. La plus grande part des salariés est condensée en Haute-Vienne à hauteur de 47%.

Ces chiffres rapportés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins sont exposés dans le graphique ci-dessous.

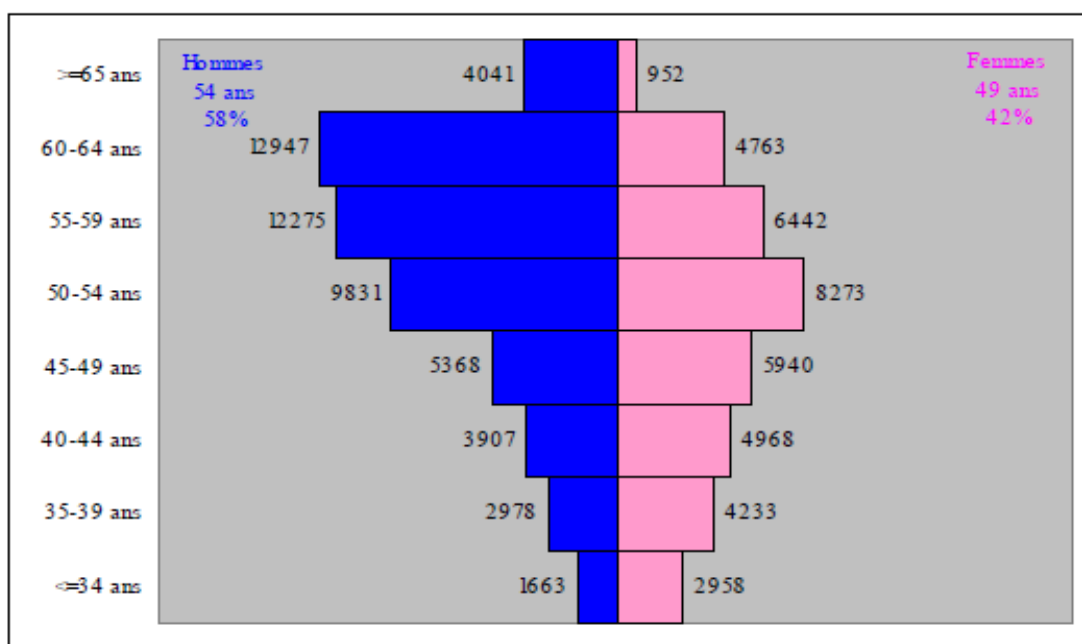


Graphique 15 : Répartition en proportion des modes d'exercices des médecins généralistes, pour les trois départements du Limousin, au 1^{er} Janvier 2013.

1.2.2.4. Répartition par genre et par âge des médecins généralistes

1.2.2.4.1. En France

Ce graphique représente la répartition par sexe et par âge des médecins généralistes, au 1^{er} janvier 2013 en France.



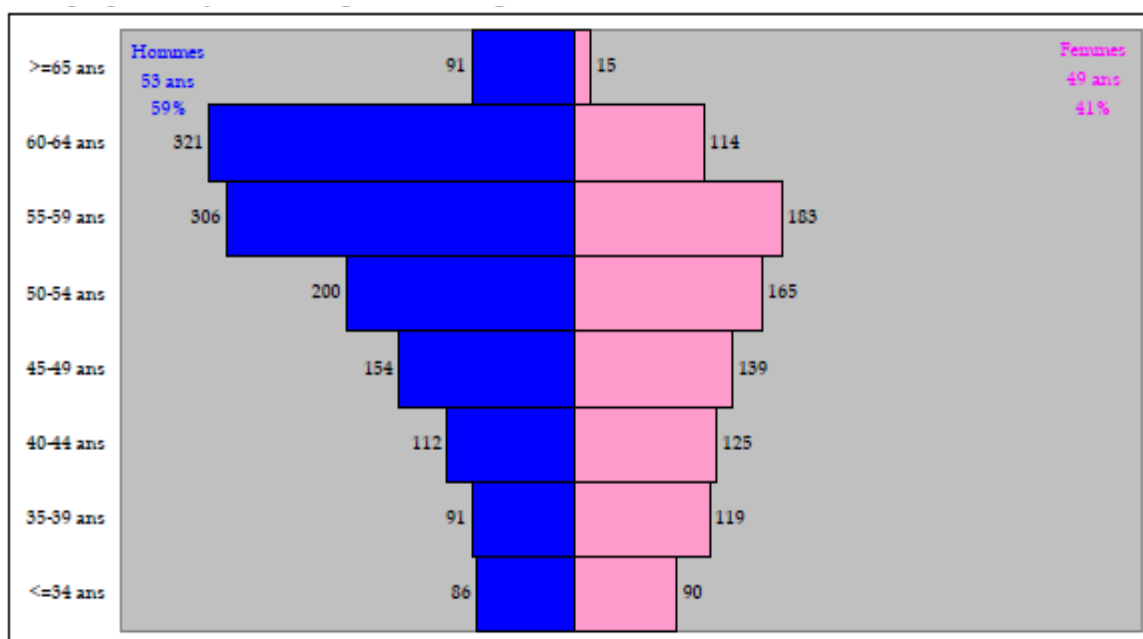
Graphique 16 : Pyramide des âges des médecins généralistes français, au 1^{er} Janvier 2013.

L'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans, 24.8% sont susceptibles d'arrêter leur activité d'ici 2018.

La féminisation globale se poursuit : +1% depuis 2012. 42% des médecins généralistes en activité sont des femmes.

1.2.2.4.2. En Limousin

Ce graphique dépeint la répartition par sexe et par tranche d'âge des médecins exerçant une activité régulière en Limousin au 1^{er} janvier 2013.



Graphique 17 : Pyramide des âges des médecins généralistes exerçant une activité régulière en Limousin, au 1^{er} Janvier 2013.

L'âge moyen des médecins généralistes du Limousin est superposable à la moyenne nationale soit 52 ans.

41% des médecins généralistes exerçant en Limousin sont des femmes.

Ce tableau détaille pour chaque département du Limousin, la moyenne d'âge des médecins généralistes, le pourcentage de femmes, le taux des moins de 40 ans et des 60 ans ou plus, au 1^{er} Janvier 2013.

	Moyenne d'âge	% de femmes	<40 ans	>ou=60 ans
Corrèze	52 ans	37%	11%	26%
Creuse	53 ans	38%	10%	28%
Haute-Vienne	51 ans	46%	15%	23%

Tableau 6 : Description de la population de médecins généralistes exerçant en Limousin au 1^{er} Janvier 2013 : moyenne d'âge, pourcentage de femmes, des moins de 40 ans et des 60 ans ou plus.

L'âge moyen des médecins généralistes sur chacun des 3 départements du Limousin est sensiblement identique.

La Haute-Vienne compte en proportion plus de médecins généralistes femmes (46%), en comparaison avec la Corrèze et la Creuse, mais aussi plus de médecins ayant moins de 40 ans.

La Creuse compte en proportion plus de médecins généralistes ayant 60 ans ou plus (28%).

1.3. CARACTERISTIQUES DE LA MEDECINE GENERALE

1.3.1. EVOLUTION DES DEFINITIONS DE MEDECINE GENERALE EN EUROPE

- Entre 1961 et 1964, 3 comités experts avec à leur tête la WHO (World Health Organization) ont donné une des premières définitions du rôle des médecins généralistes : « un docteur qui assure les soins primaires et qui accepte d'assurer des soins de médecine générale incluant la prévention et le traitement d'une pathologie d'organe ou de l'esprit »

- 1974, à Leeuwenhorst, une nouvelle définition adoptée par un groupe de travail constitué de 15 médecins représentant 11 pays européens, permettant de servir de base descriptive du rôle du MG.

Voici cette définition traduite en français :

« Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital. Il tente d'établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la continuité des soins pour ses patients atteints d'affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles. Il pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il reconnaitra sa responsabilité professionnelle envers la communauté. » (22)

- 1991, s'appuyant sur ces précédents travaux, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academics of general practitioners/family physicians), produit une nouvelle définition :

« Le médecin généraliste/médecin de famille est responsable de fournir des soins complets à toute personne qui en fait la demande, et d'organiser l'accès aux services d'autres professionnels si nécessaire. Le médecin généraliste/médecin de famille accepte tous ceux qui cherchent à obtenir des soins, alors que d'autres fournisseurs de soins limitent l'accès à leurs services en fonction de l'âge, du sexe ou du diagnostic. Le médecin généraliste/médecin de famille prend en charge la personne dans le contexte de sa famille, la famille dans le contexte de sa

communauté, indépendamment de la race, de la religion, de la culture, ou de la classe sociale. Il possède les compétences cliniques pour fournir la majorité des soins requis, prenant en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques. En plus de cela, il assume personnellement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins à ses patients. Le médecin généraliste/médecin de famille exerce sa profession en fournissant des soins lui-même, ou au travers des services de tierces personnes, selon les besoins du patient et des ressources disponibles au sein de la communauté qu'il sert » (22)

- 1995, en France le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) dont B.Gay, suggère 10 principes qu'il présente lors de la réunion inaugurale de la WONCA Europe à Strasbourg en 1995 :

- « 1. un grand champ d'activités défini par les besoins du patient et par ses demandes,
2. une réponse à la plupart des demandes de santé,
3. une approche centrée sur le patient,
4. une prise en compte de l'environnement du patient (contexte familial, communauté),
5. le traitement simultané de plaintes et de pathologies multiples,
6. la continuité des soins, une capacité de suivi au long cours,
7. la coordination des soins,
8. une faible prévalence des maladies graves,
9. des soins à un stade précoce des pathologies,
10. une efficience en termes de coûts » (23)

- En 1998, l'OMS publie un nouveau document visant à promouvoir le rôle fondamental du médecin généraliste. En tenant compte de la diversité des systèmes de santé au sein de l'Europe, la médecine générale est décrite comme nécessaire quant à l'efficacité et la bonne pratique des soins primaires. L'objectif de ce travail était de servir de référentiel aux professionnels de santé et décideurs politiques pour le développement des systèmes de santé (24).

- 2002, définition toujours d'actualité après un travail élaboré par de nombreux organismes représentant les médecins de famille européens. La WONCA expose alors cette nouvelle définition, d'où peut être déduit les compétences principales, permettant de fournir un cadre pour l'enseignement et la recherche afin de répondre au mieux aux besoins de la médecine générale du 21ème siècle.

Voici traduites les 11 caractéristiques qui ont été proposées :

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

- b) *Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.*

- c) *Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.*

- d) *Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.*

- e) *Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.*

- f) *Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.*

- g) *Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.*
- h) *Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.*
- i) *Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.*
- j) *Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.*
- k) *Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. » (25)*

1.3.2. HISTORIQUE DU CURSUS UNIVERSITAIRE EN MEDECINE GENERALE (26)

* Au lendemain de la révolution : suppression des facultés. Anarchie complète de l'exercice de la médecine et développement du charlatanisme.

* Décret du 19 ventôse an XI, le consulat modifie le paysage médical jusqu'alors désorganisé en réglementant la formation médicale (27) :

Désormais « nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi ».

Naît alors une scission entre les docteurs en médecine, qui ont la compétence de pratiquer sans distinction actes médicaux et chirurgicaux sur l'ensemble du territoire, et les officiers de santé dont le champ d'activité concerne une population rurale et ne peut s'occuper des cas difficiles sans l'aval d'un médecin.

Pour les premiers, concours de l'externat et internat des hôpitaux de Paris. Ouverture de 6 écoles de médecine, 4 années d'études conclues par 5 examens publics, soutenance de thèse. La réussite permet la pratique médicale et chirurgicale.

Quant aux seconds, accès à l'officiat de santé par 4 années de pratique en hôpital civil ou militaire, ou 5 années attachés à des docteurs, réception devant 1 jury départemental et 3 examens.

Enregistrement de tous les praticiens dont la liste officielle est transmise au ministère de l'intérieur.

* Début du 20^e siècle : 1^{ère} année préparatoire permettant certificat en faculté de sciences, passeport pour 1^{ère} année médecine à l'issue de laquelle après concours externat donnait accès à 2 années d'enseignements des sciences fondamentales (anatomie, physiologie, histologie, cytologie, physique, chimie), suivies de 4 années associant apprentissage théorique et pratique en milieu hospitalier.

* Les concours de l'externat et internat sont des concours hospitaliers, indépendant des enseignements théoriques délivrés par les facultés. Seule l'obtention de l'externat permettait l'accès aux enseignements pratiques hospitaliers. En cas d'échec, l'étudiant se voyait attribuer le diplôme de docteur en médecine sans même avoir jamais vu un patient auparavant. Seuls les étudiants admis à l'externat pouvaient se présenter à l'internat qui donnait accès à une spécialisation.

Jusqu'alors le contraste hôpital-université est grand.

En 1958 intervient la loi Debré, créant les Centres Hospitaliers Universitaires, fusionnant enfin ces deux entités (28).

Cependant la conséquence secondaire avec l'avènement de l'hospitalo-centrisme, la création de ces pôles de soin, d'enseignement et de recherche, développe la mise à l'écart de la médecine générale ;

La coupure entre la médecine libérale générale et la médecine spécialisée exercée dans ses pôles développant des compétences dans les soins et la recherche se creuse, et ceux malgré la création des CES (Certificats d'Etudes Spécialisés). Déjà se développait l'idée d'une formation inadaptée pour les étudiants destinés à l'exercice libéral, formés dans ces centres spécialisés au sein desquels, de fait, les pathologies rencontrées ne correspondent pas aux pathologies de terrain.

* 1968 : suppression du concours de l'externat. L'externat devient obligatoire à tout étudiant ayant accès au second cycle des études médicales, ouvrant l'accès à une double approche pour tous : pratique hospitalière, théorique universitaire.

* 1972 : instauration du numéris clausus dans le but de réguler la démographie médicale. Dont nous avons déjà développé précédemment l'évolution et les enjeux.

* 13 juillet 1972 : loi donnant l'autorisation d'effectuer une partie de leur pratique auprès d'un médecin généraliste

* 1^{er} Avril 1975 : création d'un troisième cycle des études médicales

* 1984 : réforme études médicales et suppression des CES, exige passage de l'internat pour l'accès à la spécialité (29)

Le futur médecin généraliste est sélectionné par l'échec ou l'absence de présentation à l'internat. Le résidanat ou 3ème cycle pour les généralistes dure 2 ans. Le décret n° 97-1214 du 24 décembre 1997 (30) organise de façon obligatoire un stage chez un praticien généraliste de 6 mois et allonge le résidanat à 2 ans et demi. Le futur médecin généraliste obtient ainsi une formation spécifique à sa filière.

* 2002 : inscription obligatoire aux ECN

* 2004 : la médecine générale devient une spécialité au même titre que les autres enseignements. Elle est sanctionnée par l'obtention d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) (31)

* 7 juillet 2009 : création de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES). Entrée en vigueur depuis la rentrée universitaire 2010-2011, cette année est commune aux études médicales, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques (32) (33)

1.3.3. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE EN CANCEROLOGIE : CHRONOLOGIE SELON POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE A TRAVERS LES PLANS CANCER

Une des particularités de l'activité de médecine générale consiste en une grande variété des pratiques.

D'après l'observatoire de médecine générale en 2007, les médecins généralistes en France suivaient en moyenne 19.8 patients atteints d'un cancer et pratiquaient 63.8 actes de cancérologies par an. Comparons ces données à celle de 1997 : le nombre de patients atteints de cancer par médecin était de 10 environ par patientèle, soit deux fois moins. De la même façon le nombre d'actes en cancérologie pour l'année était en moyenne de 37.3 (34).

D'après un rapport de la commission sur le cancer, sur 100 actes de consultations ou visites des médecins généralistes, 2 concernent une pathologie tumorale.

71% des tumeurs sont d'abord observées chez le médecin traitant (35).

1.3.3.1. Plan Cancer 2003-2007 (36)

Sous l'impulsion de la Charte de Paris, signée le 4 Février 2000, à l'occasion du sommet mondial du cancer, le Président de la République Jacques Chirac lance le 24 Mars 2003 le premier plan de mobilisation nationale contre le cancer.

L'objectif principal est fixé par l'obtention d'une diminution de 50% de la mortalité par cancer, dans un délai de 5 ans.

Pour cela, ce projet s'articule autour de 6 chapitres : prévention, dépistage, soins, accompagnement, formation, recherche, définis par 70 mesures.

Premier de ces axes, la prévention, dont les mesures phares sont encore d'actualité.

Nous pouvons citer par exemple la valorisation des registres nationaux des cancers, sources épidémiologiques indispensables quant à la compréhension, la surveillance et au suivi des nombreux indicateurs du cancer, (dont ceux cités précédemment au cours de ce travail).

Nous retiendrons aussi que de ce plan a été obtenue une série d'actions de lutte contre le tabac : interdiction de consommation dans les lieux collectifs, interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans, augmentation régulière et significative du prix de vente à des fins dissuasives, prise en charge partielle par l'assurance maladie des substituts nicotiques,...

Sur ce même mode, a été renforcée la lutte contre l'alcoolisme notamment par la mise en place d'un avertissement sanitaire lisible sur les emballages.

C'est dans le second chapitre dont la thématique centrale concerne le dépistage, que pour la première fois la médecine générale et libérale est citée comme actrice.

Ainsi, le médecin traitant devient un partenaire dans la volonté nationale de généralisation du dépistage organisé du cancer du sein d'ici fin 2003 (mesure 21), et collabore à l'élargissement de l'offre de dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis (mesure 26). Il permet par sa connaissance singulière du patient et en particulier ses antécédents familiaux un meilleur accès et une orientation vers les tests d'oncogénétiques (mesures 22 et 23).

C'est du troisième chapitre « soins » qu'émerge la volonté de coordonner l'ensemble des intervenants, par la création de réseaux régionaux de cancérologie (mesure 29). Le pôle régional de cancérologie doit être à la tête de ce réseau (mesure 30). Afin de faciliter les échanges, en particulier vers le médecin traitant, est créé le programme Personnalisé de Soins, sur lequel figure le projet thérapeutique décidé en accord avec le patient à l'issue d'une Concertation Pluridisciplinaire obligatoire (mesure 31). La mesure 33 proposait la mise en place d'un forfait de suivi par le généraliste, couvrant les frais induits lors des événements inter-hospitaliers.

Le quatrième chapitre à orientation sociale a promu une moindre discrimination quant à l'accès aux prêts et assurances, facilitation du maintien ou retour à l'emploi, meilleur remboursement de dispositifs médicaux.

Le cinquième volet en réponse au problème de démographie médicale, expliqué précédemment, développe la volonté de renforcer la formation médicale initiale et continue en cancérologie. Il prévoyait un stage obligatoire en cancérologie avant le troisième cycle, or, aucune obligation de stage même bref en cancérologie n'est appliquée à ce jour.

Enfin, le dernier chapitre visait à promouvoir la recherche médicale en partenariat avec les innovations technologiques, et à encourager la collaboration avec des projets internationaux.

Ce premier plan cancer qui a constitué le cheval de bataille du Président Chirac, a permis la mise en route de nombreux dispositifs et a permis de planter des bases solides dans la volonté de poursuivre ces actions de lutte nationale contre le cancer.

Nous l'avons vu, le médecin généraliste est ici peu cité comme acteur dans l'offre de soins proposé à ces malades. Nous allons voir si son rôle va évoluer.

1.3.3.2. Plan Cancer 2009-2013 (37)

A partir des acquis du plan précédent et après évaluation de celui-ci décrit dans un rapport élaboré par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), le Professeur Jean-Pierre Grunfeld remet au président Sarkozy en Février 2009 ses « Recommandations pour le plan cancer 2009-2013 » (38)

S'inspirant de ce travail, sera diffusé en Mars 2009 le second plan national de lutte contre le cancer.

Il est constitué de 5 axes : Recherche, Observation, Prévention-Dépistage, Soins, et Vivre pendant et après un cancer.

30 mesures en découlent, divisées en 118 actions.

3 thèmes transversaux sont omniprésents :

- « *mieux prendre en compte les inégalités de santé, pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers*

- *stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après le cancer*

- *renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après le cancer »*

Le premier axe basé sur la recherche, est constitué de 5 mesures :

Favoriser la recherche pluridisciplinaire (clinique, épidémiologique, génétique, environnemental, sociales,...) ; comprendre les inégalités face au cancer (géographique, socio-économique, génétique,...) afin de les réduire ; identifier les risques environnementaux et comportementaux afin de mettre en œuvre des actions de prévention ; promouvoir la recherche clinique ; développer la coopération internationale

Le second axe nommé observation développe 4 mesures. Le but est de centraliser les nombreuses sources de recueil de données, afin d'en faciliter l'accès et donc faciliter les échanges par la création du SMSC (Système Multi-Sources Cancer), mettre à disposition ces données au grand public via l'INCa, développer les données épidémiologiques sociales, améliorer la surveillance des cancers professionnels.

C'est dans le troisième axe de ce projet qu'est promu le rôle du médecin généraliste.

Par son statut il est reconnu comme celui ayant le plus d'informations concernant ses patients, son entourage, son environnement social professionnel pécunier.

Il peut ainsi repérer de façon précoce l'exposition aux facteurs de risques de cancer personnels et professionnels. De fait il peut recommander des moyens adaptés dans le but de les réduire. Aussi, par la relation de confiance médecin-malade, il peut renforcer l'adhésion aux programmes des dépistages organisés et orienter vers des dépistages individualisés.

1.3.3.3. Plan cancer 2014-2018 (39)

C'est lors de la journée mondiale contre le cancer, le 4 février 2014, que le Président de la République Hollande a présenté le troisième plan cancer.

Ce travail s'est basé sur les évaluations du plan précédent. Ainsi à mi-parcours le 12 Avril 2012, le HCSP rendait un premier rapport d'évaluation, faisant examen en particulier des thèmes transversaux et comportait des recommandations relatives au pilotage régional et national (40). Aussi en Août 2013, la Direction générale de la Santé et l'INCa rendaient public un rapport rendant compte de la réalisation et l'application des mesures (41). Enfin, à cela se sont ajoutées les recommandations et mission d'orientation confiées au Professeur Jean Paul Vernant (42).

Dans ce troisième plan cancer, le président marque en particulier sa volonté d'offrir à tout malade une égalité d'accès aux soins et à la recherche clinique, de favoriser la recherche. Il déclare comme stratégie nationale de santé le thème de la prévention, et souhaite une meilleure implication active des malades dans leur prise en charge.

Pour cela, cette stratégie est développée autour de 4 grandes priorités, décomposée selon 17 objectifs.

La première de ces priorités « *guérir plus de malades* » vise à favoriser les diagnostics précoces par la promotion du dépistage. Il a pour ambition de surmonter les inégalités sociales et territoriales en garantissant un accès rapide et à tous, aux innovations thérapeutiques et technologiques du cancer.

La seconde thématique tend à « *préserver la continuité et la qualité de vie* », en favorisant les prises en charge personnalisée, par une action préventive des risques de séquelles et en limitant les conséquences économiques liées au cancer (retour à la vie active, accès aux assurances et crédits).

La troisième mesure vise à « *investir dans la prévention et la recherche* ». Pour cela, il prévoit en particulier d'appuyer les programmes de lutte contre le tabac et l'alcoolisme, de favoriser l'activité physique et l'équilibre alimentaire.

Enfin, le dernier axe a pour ambition d' « *optimiser le pilotage et les organisations* ». Il affirme la nécessaire implication des patients dans la mise en œuvre de ce plan de lutte contre le cancer. Il redéfinit le rôle des acteurs régionaux et territoriaux, et précise les orientations en matière de financement.

S'attaquer aux diverses formes d'inégalité semble être l'idée prédominante de ce troisième plan de lutte contre le cancer. Il s'agit d'assurer plus d'équité sociale, financière, territoriale, d'accès aux soins et à l'innovation.

1.4. ORGANISATION DES SOINS EN CANCEROLOGIE

La cancérologie est une entité de la médecine bien singulière, par sa dépendance aux progrès technologiques d'une part et d'autre part, par sa perpétuelle évolution. Cette caractéristique impose la coalition de compétences variées. C'est pourquoi des réseaux et outils de communication communs sont nécessaires à l'ensemble des intervenants afin de coordonner les actions de chacun.

Les premiers principes de cette organisation ont été définis par la circulaire du 24 Mars 1998 (43) dans le but d'assurer à tous les patients atteints de cancer une égalité d'accès à des soins de qualité.

Le guide de l'ANAES définissait le réseau de santé de la façon suivante (44) :

« une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé ».

1.4.1. LES STRUCTURES ET LEURS MISSIONS

1.4.1.1. Etablissements de santé

Depuis 2009, toute activité de soins spécifiques au cancer est soumise à réglementation. Les traitements concernés (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie) (45)(46), sont soumis à des critères de qualité et à une activité annuelle minimale.

En 2010, 881 établissements de santé étaient autorisés à traiter le cancer en France (47).

1.4.1.1.1. La chirurgie

La chirurgie est bien souvent le premier temps du traitement curatif des cancers. Sa réussite conditionne le pronostic et la survie des patients. Les chirurgiens doivent travailler en étroite collaboration avec d'autres professionnels en particulier les anatomo-pathologistes, les anesthésistes-réanimateurs.

Leur activité est soumise à réglementation et doivent remplir des critères d'agrément relatifs à leur spécialité (48). Un nombre de 30 interventions minimum par an est requis, hormis pour les spécialités gynécologiques, ORL et maxillo-faciales dont le nombre est abaissé à 20 (49).

1.4.1.1.2. La radiothérapie (50)

De par sa technicité, la radiothérapie fait l'objet de critères bien réglementés, à la fois sur le maintien d'un personnel formé, sur des vérifications de dosimétrie et des calculs nécessaires, et un meilleur suivi des patients dans les 5 ans suivants la fin de la thérapeutique par rayonnement.

Aussi les traitements ne peuvent se faire sans la présence d'un radiothérapeute et d'un radio-physicien médical dans l'établissement. 2 manipulateurs doivent être présents au poste de traitement. 600 actes doivent être réalisés annuellement.

1.4.1.1.3. La chimiothérapie (51)

La chimiothérapie est un des principaux modes de traitements du cancer. Son utilisation est aussi en augmentation croissante. La recherche et les molécules utilisées sont en évolution perpétuelle ce qui rend obligatoire l'utilisation et la mise à jour régulière des référentiels définissant les protocoles thérapeutiques.

Les voies d'administrations sont multiples : orale, intraveineuse, intra-thécale, intra-péritonéale, intra-pleurale, intra-artérielle.

Ces traitements ne s'effectuent que très exceptionnellement à domicile (52), bien que la part des dépenses en anti-cancéreux en ville soit croissante (est en grande partie liée à l'utilisation des thérapeutiques ciblées) (53). 90% des chimiothérapies sont pratiquées en hospitalisation de jour, une petite part s'effectue en hospitalisation conventionnelle.

Le seuil minimal d'activité annuelle des établissements agréés est de 80 patients, dont 50 au moins en ambulatoire.

1.4.1.1.4. Etablissements autorisés

Chaque établissement de santé peut obtenir une autorisation pour une ou plusieurs des activités décrites précédemment. Ils doivent pour cela répondre aux critères spécifiques déjà cités mais aussi à ceux définis par le Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 :

- être membre d'une coordination des soins en cancérologie, soit un réseau régional reconnu par l'Institut National du Cancer, soit, à défaut, un réseau territorial dont la convention constitutive a été approuvée par l'Agence Régionale de Santé
- Bénéficier d'un dispositif d'annonce
- Assurer des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires
- Respecter les référentiels de bonnes pratiques
- Remettre au patient un Protocole Personnalisé de Soins
- Permettre un égal aux soins médicaux, psycho-sociaux et de soins palliatifs si nécessaire
- Permettre l'accès à l'innovation et la recherche clinique (46)

1.4.1.2. Organisation régionale

1.4.1.2.1. Les PRC

Définition : un pôle régional de cancérologie se définit comme une organisation d'établissements de santé. Il ne dispose pas d'instances de décisions propres, uniquement celles définies par les organismes participants.

Ses missions :

Assurer un égal accès à l'innovation, à la recherche clinique et aux traitements lourds et complexes

Doit garantir une offre de recours maximale et accessible de façon égale, identifier clairement les ressources disponibles au sein de la région.

1.4.1.2.2. Les Cancéropôles

On compte 7 Cancéropôles répartis sur le territoire national : Nord-Ouest, Ile-de-France, Grand Ouest, Grand Est, CLARA, PACA et Grand Sud-Ouest.

Ces structures associent et coordonnent sur le plan régional et inter-régional : des organismes publics de recherche (Inserm, CNRS, ...), des CHU, les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les industriels de la santé dans le but de stimuler la recherche et faciliter le transfert des résultats aux patients.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, 4 grands axes de recherche sont définis au sein du cancéropôle Grand Sud-Ouest (54) :

- « signalisation cellulaire et cibles thérapeutiques
- Génome, structure et fonctions
- Thérapies innovantes et recherche clinique
- Cancers : enjeux individuels et collectifs »

1.4.1.2.3. Réseau régional en cancérologie (RRC)

Le RRC a pour rôle de coordonner l'ensemble des acteurs, harmoniser et donc améliorer la qualité des pratiques. Il favorise le partage des expériences et des innovations au service du patient.

Dans chaque région, il assure :

- La promotion et amélioration de la qualité en cancérologie, en créant des référentiels régionaux à partir des référentiels nationaux existants
- Utilise et développe les outils de communication et d'échange sécurisé de données médicales au sein de la région, en s'appuyant sur le Dossier Communicant en Cancérologie en particulier
- Promeut la formation continue
- Recueille et analyse les données régionales relatives à l'activité de soins
- Assure l'évaluation des membres et des pratiques au sein du réseau
- Coordonne la transmission des informations parmi les patients et professionnels et met à disposition un répertoire des moyens et compétences disponibles au niveau régional (55).

1.4.1.2.4. Les centre de coordination en cancérologie (3C)

Les 3C ont dans un premier temps été initiés via la mesure 32 du plan cancer 2003-2007, puis secondairement renforcés par la circulaire du 22 février 2005.

Ce sont des établissements de santé ou des centres de radiothérapie autorisés. Ils peuvent comprendre des représentants de différentes disciplines impliquées en cancérologies mais aussi des médecins généralistes.

Leurs missions sont de :

- Mettre à disposition des équipes soignantes des protocoles, référentiels et thésaurus validés et actualisés, et mettre en place l'audit interne de leur utilisation
- S'assurer de la pluridisciplinarité en organisant les RCP. Ceci implique la mise à disposition de fiches de RCP, la gestion des RCP (enregistrement et/ou présentation des dossiers que la RCP se déroule au sein de l'établissement ou entre plusieurs établissements),
- la circulation de l'information médicale
- la mise en place du dispositif d'annonce
- la remise du programme personnalisé de soins à chaque patient

Ces éléments devront être formalisés par l'établissement sous forme d'objectifs chiffrés lui permettant de suivre son évolution et seront transmis au centre régional de Cancérologie afin de rendre compte de la mise en œuvre du plan cancer (55).

En Limousin, nous disposons de 3 centres de coordination en cancérologie (Haute-Vienne, Corrèze, Creuse)

1.4.1.2.5. Les centres de lutte contre le cancer (CLCC)

Les centres de lutte contre le cancer sont des établissements privés à but non lucratif et d'intérêt collectif. Ils sont régis par les articles L.6162.1 à L6162.11 du code de santé publique (56).

Actuellement il existe 20 CLCC en France, dont l'un des plus illustres en Europe, l'institut Gustave Roussy. Ils sont regroupés au sein d'une fédération nationale la FNCLCC, créée en 1964.

Ces centres sont dédiés au traitement des cancers, assurent des missions de prévention, de recherche, d'enseignement et de soins, abordent des questions juridiques et sociales (57).

1.4.2. OUTILS

Les étapes de la coordination entre les professionnels et les structures auxquelles ils sont rattachés donnent lieu à la production de documents clés, identifiés, qui jalonnent le parcours de soins des patients. Leur contenu est défini par les acteurs de cancérologie en se basant sur les référentiels. L'ASIP santé (Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé) (58) définit sur ces bases les spécifications que devront respecter les éditeurs pour utiliser ces documents dans les logiciels métier. Ainsi les données saisies sont réutilisables, sans ressaisie, par l'ensemble des destinataires, en garantissant l'intégrité initiale et la traçabilité des évolutions.

1.4.2.1. Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) (59)

Le partage des données médicales entre professionnels constituait une des mesures du second plan cancer (mesure 18.3). Déjà initié par la mesure 34 du plan cancer 2003-2007, le DCC a été développé par les RRC et l'INCa. L'action 2.19 du troisième plan cancer, fixe comme objectif de rendre cet outil opérationnel d'ici 2015.

Le but est de faciliter le recueil et la transmission informatisée des données relatives à la prise en charge du patient quel que soit les lieux de traitement et les intervenants, qu'ils soient hospitaliers ou de ville.

Dans son rapport des recommandations pour le 3^{ème} plan cancer, le Professeur Paul Vernant décrit comme « très insuffisante » l'articulation entre les établissements de santé et les médecins traitants, et une mise en place des dispositifs proposés trop hétérogènes (40).

Son contenu devrait être le reflet du parcours de soins du patient :

- Compte rendu opératoire
- Compte rendu d'anatomopathologie
- Compte rendu des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- Programme Personnalisé de Soins (PPS)
- Résultats des examens complémentaires
- Compte rendu des diverses hospitalisations

1.4.2.2. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) (60)

Les réunions de concertation pluridisciplinaire regroupent des professionnels de santé aux compétences diverses dans le but de prendre une décision pour la prise en charge optimale du patient.

Les décisions prises peuvent être relatives au diagnostic, à la stratégie thérapeutique, ou palliative.

En cancérologie la RCP s'impose pour la prise de décision de tous les nouveaux cas avant mise en route d'un premier traitement.

Elle se déroule au sein d'un établissement de santé ou un réseau de cancérologie. Pour être jugée valable, une RCP doit se dérouler en présence d'au moins 3 médecins, de spécialités différentes, pouvant avoir un avis pertinent sur les procédures envisagées.

Elle doit également comprendre :

- Un coordinateur, qui établit la liste des patients, avertit les professionnels de santé utiles à la prise de décision
- Un secrétariat
- La traçabilité indispensable de toutes décisions prises, dont un exemplaire placé dans le dossier médical du patient
- L'indication du protocole utilisé, en accord avec les référentiels d'actualités
- Le nom du médecin référent qui doit assurer le suivi de la décision

Chaque dossier doit être étudié de façon individuelle, à tour de rôle. La prise en charge est retenue de manière collective, en adéquation avec les recommandations actuelles.

L'avis de la RCP doit comporter la date, la proposition thérapeutique, les noms et qualifications des participants.

1.4.2.3. Programme Personnalisé de Soins

Le programme Personnalisé de Soins en cancérologie constitue un outil de coordination entre les différents professionnels de santé intervenants dans la prise en charge du malade.

En pratique il est élaboré par le médecin spécialiste référent, puis remis au patient. Un exemplaire est inséré au dossier médical.

Son contenu comporte des informations relatives au malade et à l'établissement de santé de référence :

- Identité : nom, prénom, date et lieu de naissance
- Numéro d'identification
- Code postal de résidence
- Coordonnées de la personne de confiance
- Date de consultation d'annonce
- Date de remise du PPS et coordonnées du médecin l'ayant remis
- Coordonnées de l'établissement de santé et nom du 3C de rattachement

Il est composé de 2 volets.

Tout d'abord un « volet soins », qui précise un calendrier théorique des traitements prévisionnels, acceptés par le patient (durée prévisible des hospitalisations, dates et lieux des différentes étapes du traitement...), auquel s'ajoutent les bilans prévus et leurs fréquences. Peuvent se joindre également l'ensemble des documents transmis au médecin traitant (compte rendu opératoire, d'anatomopathologie, d'examens complémentaires).

Puis le second « volet social » (intégré depuis le plan cancer 2009-2013) doit comporter les informations relatives aux informations sociales du patient recueillies lors de la consultation d'annonce (familial, professionnel...). Il vise ainsi à identifier de façon précoce les difficultés afin de mieux les anticiper. Les propositions et les actions mises en œuvre doivent y être régulièrement transcrites.

Enfin, pourront s'ajouter à l'ensemble des éléments précédents les coordonnées des contacts utiles avec lesquels le patient sera possiblement en relation tout au long de son parcours de soin. (61) (62) (63)

Un rapport publié en Septembre 2012 par l'INCa, établissait le bilan à un an de la mise en place du PPS dans 35 sites pilotes. De nombreux freins semblaient limiter son utilisation et sa généralisation. La non standardisation du contenu et de fait la trop grande variabilité des éléments recueillis est une problématique soulevée. L'absence d'informatisation semble constituer un frein. Aussi, son utilisation serait très limitée lorsque le traitement s'arrête à la chirurgie. (64).

Dans la continuité de ce projet, annoncé par la mesure 19.1 et complété par la mesure 25.3 du second plan cancer, a été mis en œuvre le Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC). Le cancer est une épreuve difficile et reste souvent synonyme de ruptures dans la vie sociale et professionnelle. Il peut même parfois être un facteur de paupérisation.

Destiné à être remis au patient en fin de traitement, le PPAC acte l'entrée dans une nouvelle période de leur prise en charge. Des éléments variés doivent y figurer afin de répondre au mieux aux objectifs :

- le suivi nécessaire,
- l'évaluation du risque de rechute ou de séquelle,
- la prévention du risque de second cancer,
- des éléments liés à la réinsertion socio-professionnelle du patient (65).

Un an après sa mise en application dans 35 sites pilotes, seuls 31% des patients inclus s'étaient vus remettre un PPAC.

Le troisième plan cancer appuie le rôle essentiel de cet outil et souhaite le généraliser.

2. ENQUETE AUPRES DE PATIENTS EN COURS DE TRAITEMENT PAR CHIMIOOTHERAPIE EN HOPITAL DE JOUR DES CENTRES HOSPITALIERS DE LIMOGES ET SAINT JUNIEN

2.1. MATERIEL ET METHODE

2.1.1. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive de type enquête d'opinion des pratiques et du suivi par le médecin généraliste, d'un groupe de 40 patients actuellement en cours de traitement par chimiothérapie, au sein des structures d'hospitalisation de jour des centres hospitaliers de Limoges et Saint Junien.

Cette enquête a été réalisée sous forme de questionnaire, avec interaction directe auprès des patients, nécessitant ma présence sur plusieurs demi-journées, réparties entre juillet 2013 et janvier 2014.

2.1.2. Objectif principal

L'élaboration de ce travail a été motivée par un des axes transversaux du second plan cancer 2009-2013. En effet, le troisième thème visait avec une volonté affirmée, à mettre en avant le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge des cancers.

L'objectif principal dans cette enquête est de décrire quelle place occupent les médecins traitants durant la phase de traitement par chimiothérapie, du point de vue des patients.

2.1.3. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires ont pour but de décrire si cette prise en charge se voit modifier depuis le traitement, avec comme critère de jugement la fréquence de consultation avant et depuis le traitement.

Les patients considèrent-ils leur médecin de famille comme compétent quant à la prise en charge de leur cancer?

L'échappement des patients à leur médecin généraliste est-il une réalité?

Quels sont les freins éventuellement rencontrés, leurs attentes?

2.1.4. Elaboration du questionnaire

Pour l'élaboration de ce questionnaire nous avons dû composer avec de nombreux paramètres.

Tout d'abord, l'élément principal était évidemment de répondre aux objectifs fixés, précédemment cités.

Puis, d'autres critères plus techniques ont été considérés. Ainsi, il fallait :

- des questions brèves, concises, précises, afin de ne pas gêner la réalisation des soins infirmiers, ne pas lasser le patient et maintenir son attention tout au long de l'échange

- Etre compréhensible de tous, en utilisant des termes simples et vulgariser le jargon médical

- Obtenir principalement des réponses fermées pour faciliter la comparaison des données au moment de l'analyse statistique

- Obtenir des données sociodémographiques et médicales afin de comparer les variables

- Evaluer la fréquence des consultations avant et après le début de traitement par chimiothérapie

- Evaluer le niveau de confiance des patients quant à la prise en charge des problèmes liés au cancer

- Evaluer l'implication de leur médecin traitant dans le diagnostic, l'annonce.

Il est constitué de 19 questions.

Les 5 premières recueillent des données épidémiologiques : sexe, âge, distance domicile-hôpital, pathologie et son stade, performans status.

La seconde partie descriptive permet d'obtenir des éléments concernant :

- La durée de la relation patient-médecin traitant

- La fréquence de consultation avant la maladie et depuis le début du traitement

- La participation au diagnostic, à l'annonce

- La part de l'intervention de leur médecin dans leur santé (implication dans cancer, autres pathologies ou les deux)

- Vers qui se tournent-ils lorsqu'une question survient

- Qui leur apporte plus de soutien

Enfin, la dernière question rapporte leurs éventuelles attentes concernant leur médecin traitant. [Annexe 4]

2.1.5. Distribution des questionnaires

La volonté dans cette étude était d'obtenir des réponses en interagissant de façon directe auprès des patients, afin d'assurer une parfaite compréhension des interrogations, ainsi qu'une acquisition plus rapide des données.

C'est pourquoi, je me suis rendu, au cours de plusieurs demi-journées réparties sur une période de 6 mois, au sein des structures d'hospitalisation de jour des centres hospitaliers de Limoges et Saint Junien, à la rencontre des patients présents ces jours-là.

Les questionnaires n'ont jamais été laissés en mains propres au patient. Seul le patient présent pouvait répondre, sans aide de l'accompagnant éventuel. Chaque patient était assuré du respect de l'anonymat.

2.1.6. Recueil des données et analyse statistiques

Les réponses ont été rentrées manuellement sur fichier Microsoft Excel.

L'analyse statistique a consisté en une description des variables réalisée à l'aide du logiciel Excel.

Des tests de Chi 2 ont été utilisés pour comparer certaines variables.

2.2. RESULTATS

2.2.1. TAUX DE PARTICIPATION

Par les modalités de recueil des données (entretiens personnalisés et individuels avec chacun), aucun des patients sollicités n'a refusé un entretien.

Le taux de réponse est de 100%.

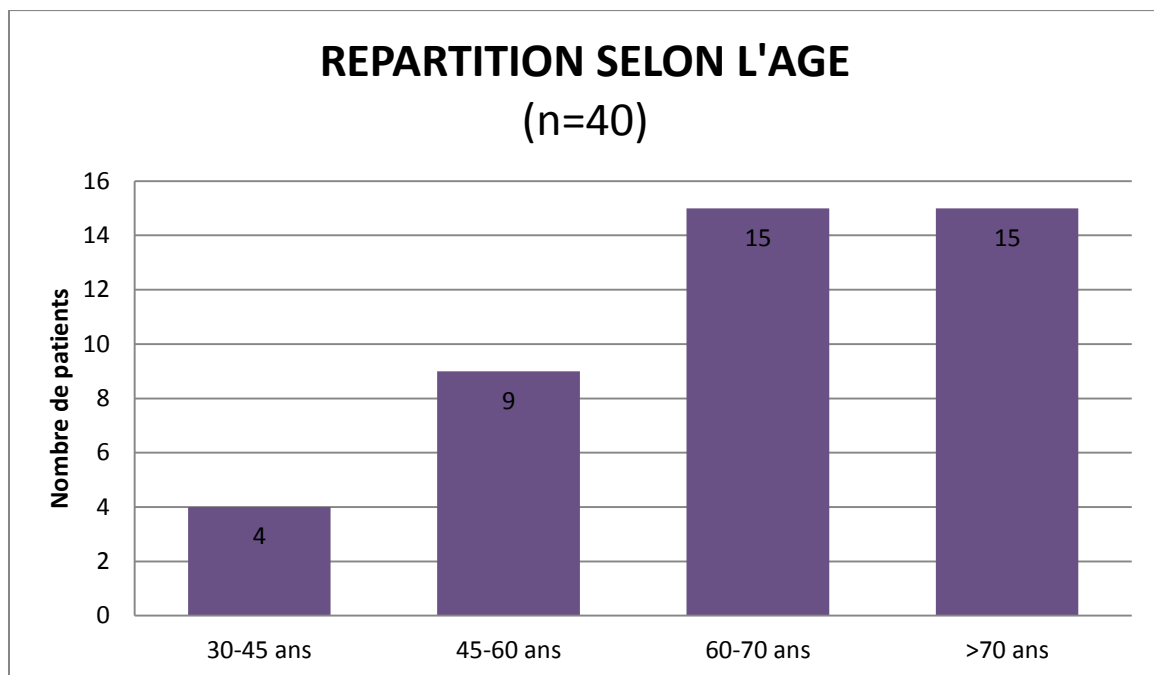
2.2.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

2.2.2.1. Sexe

Sur l'échantillon étudié n=40, nous avons 20 femmes et 20 hommes.

2.2.2.2. Age

Ce graphique représente la répartition par tranches d'âge des 40 patients interrogés pour notre étude.



Graphique 18 : Répartition par tranches d'âge de l'échantillon étudié

37.5% des patients interrogés avaient plus de 70 ans.

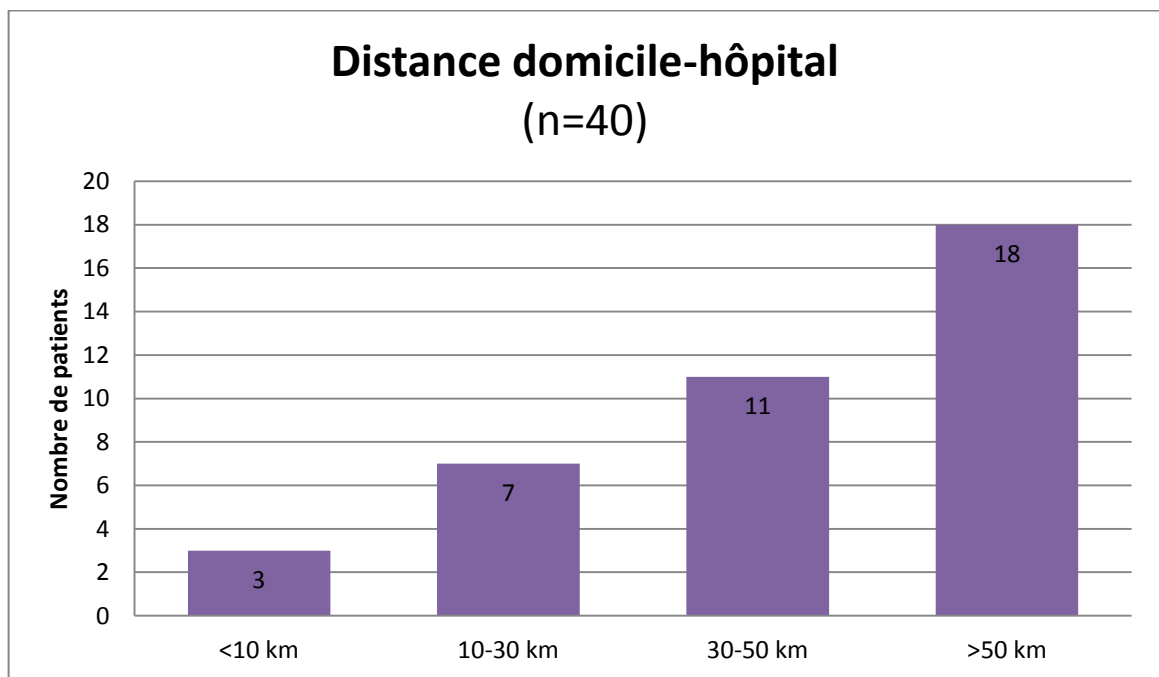
De même 37.5% avaient entre 60 et 70 ans, 22.5% entre 45 et 60 ans.

Seulement 5% étaient âgés de moins de 45 ans.

La fourchette d'âge de l'échantillon s'étalait de 38 ans pour le plus jeune et 81 ans pour le plus âgé.

2.2.2.3. Distance domicile-hôpital

Ci-dessous est illustrée la distribution des 40 patients de l'étude, selon la distance approximative entre leur domicile et le centre hospitalier de réalisation du traitement.



Graphique 19 : Distribution de l'échantillon étudiée selon la distance domicile-hôpital

45% des patients de cet échantillon habitaient à plus de 50 kilomètres du Centre Hospitalier où se réalisait leur traitement, soit parfois plus de 2 heures de transport au cours d'une journée de traitement.

27,5% logeaient dans un rayon de 30 à 50 kilomètres du lieu de traitement.

7,5% se trouvaient à moins de 10 kilomètres du centre Hospitalier référent.

La plus longue distance domicile-hôpital était estimée à 190 kilomètres.

2.2.2.4. Pathologie et stade de la maladie

Le tableau suivant expose la distribution selon la localisation et le stade de la pathologie tumorale pour les 40 patients interrogés.

Localisation tumorale	Nombre de patients
Colon	6
Colon métastatique	8
Carcinome hépatocellulaire	1
Œsophage	1
Œsophage métastatique	1
ORL	2
ORL métastatique	1
pancréas	1
Prostate métastatique	1
Rein métastatique	1
Sein néo/adjuvant	12
Sein métastatique	5

Tableau 7 : Distribution en fréquence de l'échantillon étudié selon la localisation tumorale

Ce tableau décrit la répartition par stade de la pathologie tumorale (adjuvant/néo-adjuvant ou métastatique) selon le sexe pour l'échantillon étudié.

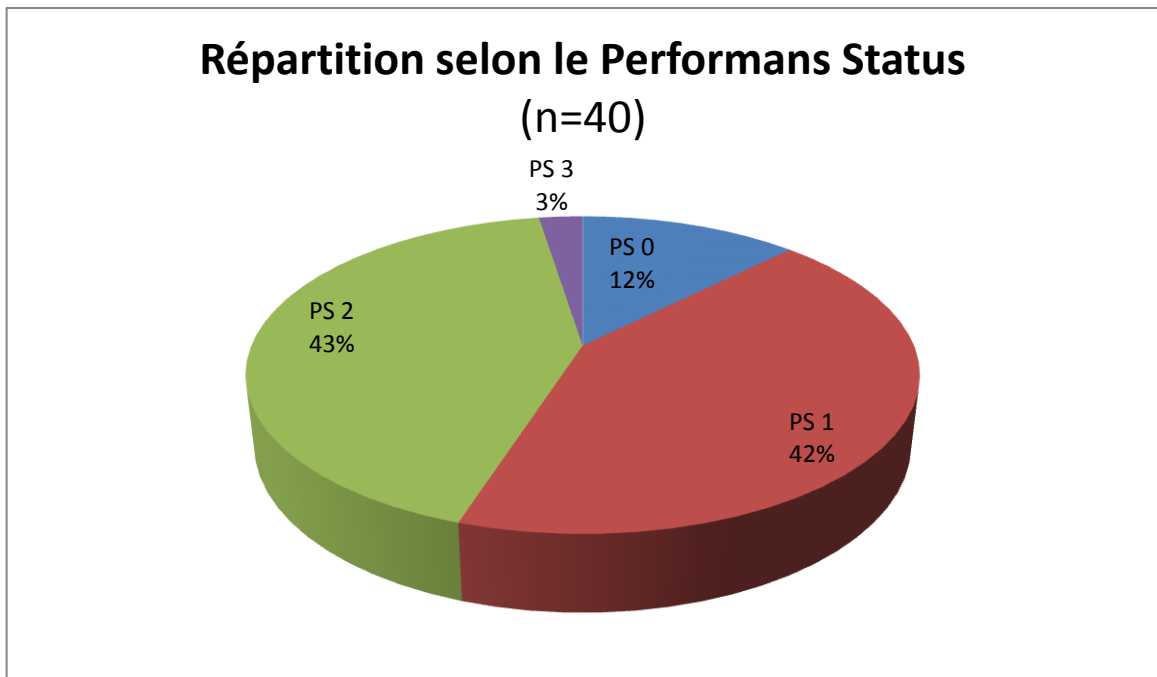
	Hommes	Femmes
Pathologie adjuvante/néo-adjuvante	11	13
Pathologie métastatique	9	7

Tableau 8 : Répartition du stade de la pathologie tumorale selon le sexe, pour l'échantillon étudié

Nous avons obtenu une répartition presque homogène par sexe et par pathologie adjuvante/néo-adjuvante et métastatique.

2.2.2.5. Performans status

Le graphique qui suit indique la distribution des 40 patients de notre étude selon leur performans status au moment de l'interrogatoire.



Graphique 20 : Répartition des 40 patients interrogés selon leur performans status

97.5% des personnes interrogées dans cette enquête avaient un performans status compris entre 0 et 2.

12.5% étaient capables d'effectuer une activité identique à celle précédant la maladie, sans restriction. (performans status de OMS = 0)

42.5% ressentait une activité physique diminuée mais étaient capables d'effectuer des activités de vie quotidienne. (performans status de OMS=1)

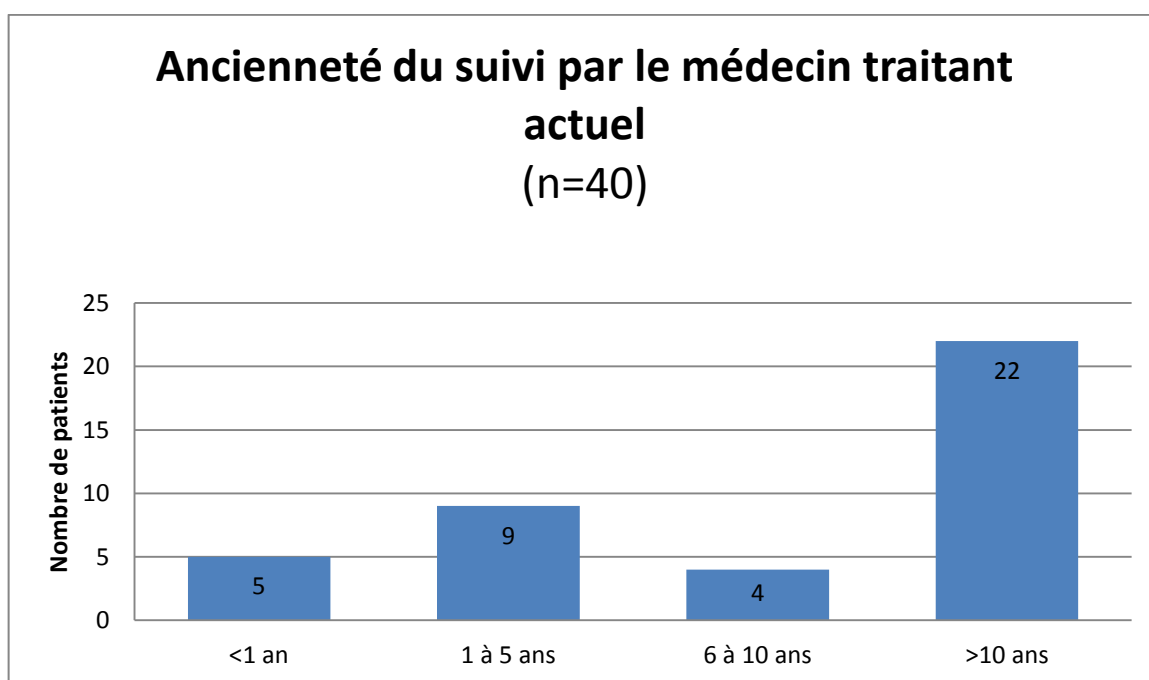
42.5% étaient incapables de travailler, mais capables de s'occuper d'eux même et alités moins de 50% de la journée. (performans status de OMS=2)

Enfin, 2.5% avaient besoin d'une aide et passaient plus de 50% de leur journée assis ou alités. (performans status de OMS=3)

2.2.3. CARACTERISTIQUES DE LA RELATION PATIENT-MEDECIN GENERALISTE

2.2.3.1. Ancienneté du suivi

Ce graphique rapporte la distribution des 40 patients de l'étude selon l'ancienneté du suivi par leur médecin traitant actuel.



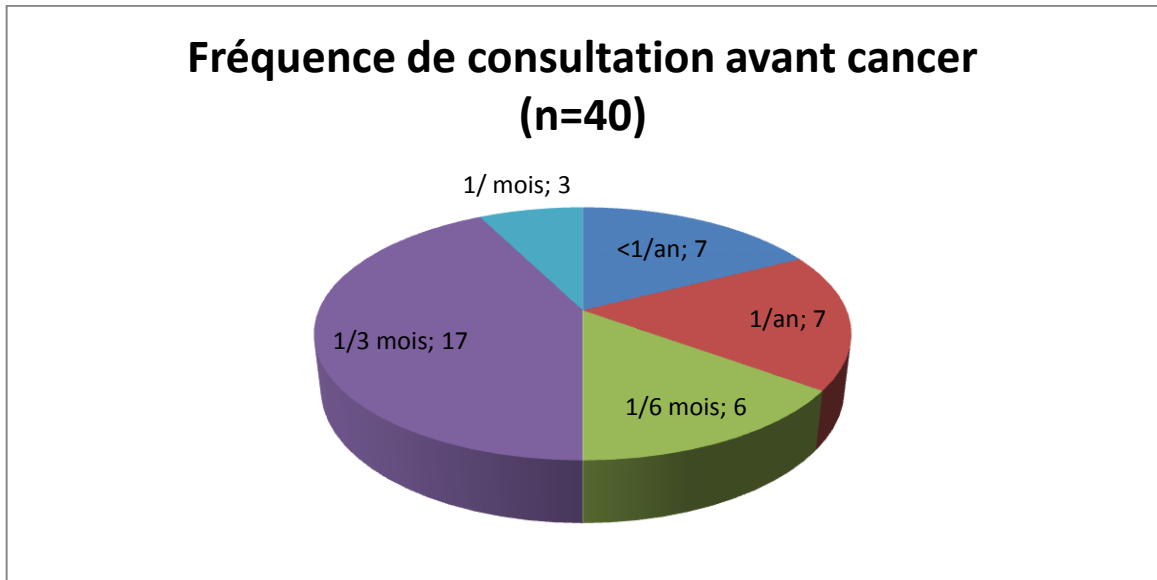
Graphique 21 : Distribution selon l'ancienneté du suivi par le médecin traitant actuel

56% des patients de l'échantillon étaient suivis depuis plus de 10 ans par le même médecin généraliste.

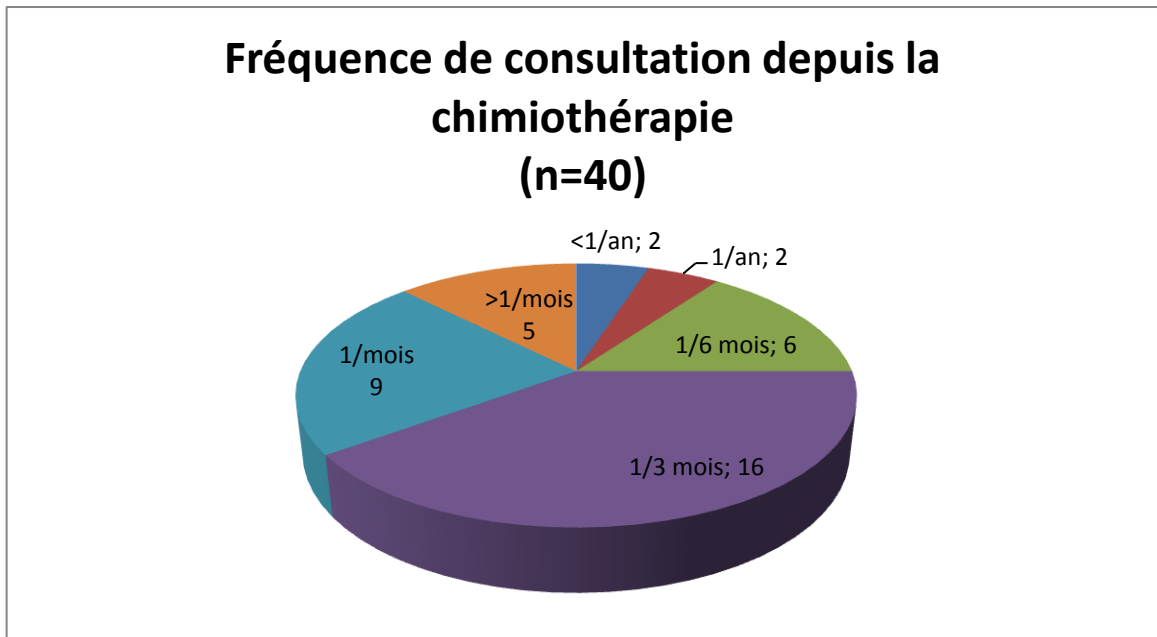
12.5% avaient depuis moins de 1 an changé de médecin référent.

2.2.3.2. Fréquence de consultation par le médecin généraliste

Les graphiques ci-dessous illustrent la fréquence des consultations par le médecin généraliste avant la découverte du cancer pour le premier, depuis le début de la chimiothérapie pour le second.



Graphique 22 : Répartition selon la fréquence des consultations par le médecin généraliste, avant la découverte du cancer



Graphique 23 : Répartition selon la fréquence de consultation par le médecin généraliste, depuis le début de la chimiothérapie

Avant la découverte du cancer :

35% des patients avaient pour habitude de consulter de 1 à moins de 1 fois par an leur médecin généraliste.

42.5% consultaient régulièrement 1 fois par trimestre leur médecin.

Depuis le début de la chimiothérapie :

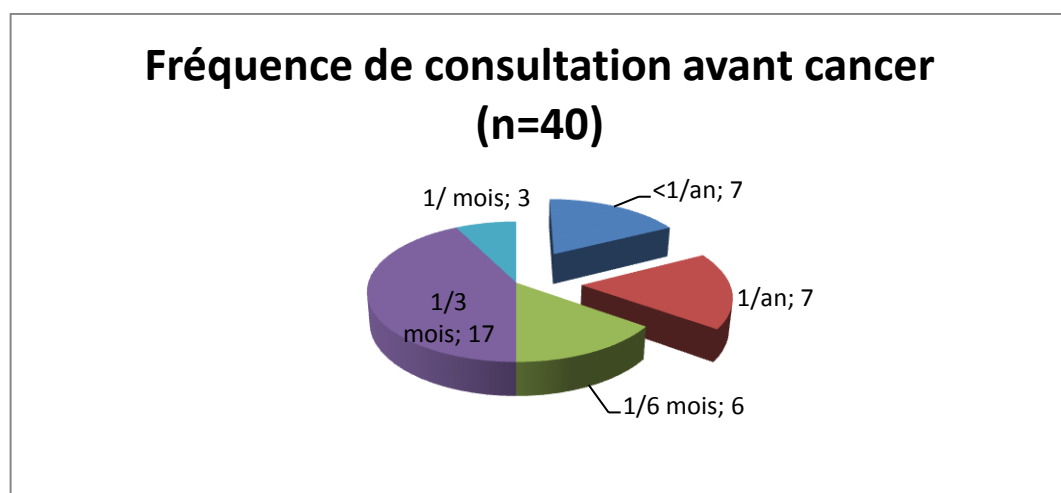
35% des patients consultaient au minimum 1 fois par mois leur généraliste depuis le traitement par chimiothérapie.

40% avaient rendez-vous 1 fois tous les 3 mois.

10% consultaient 1 fois par an ou moins.

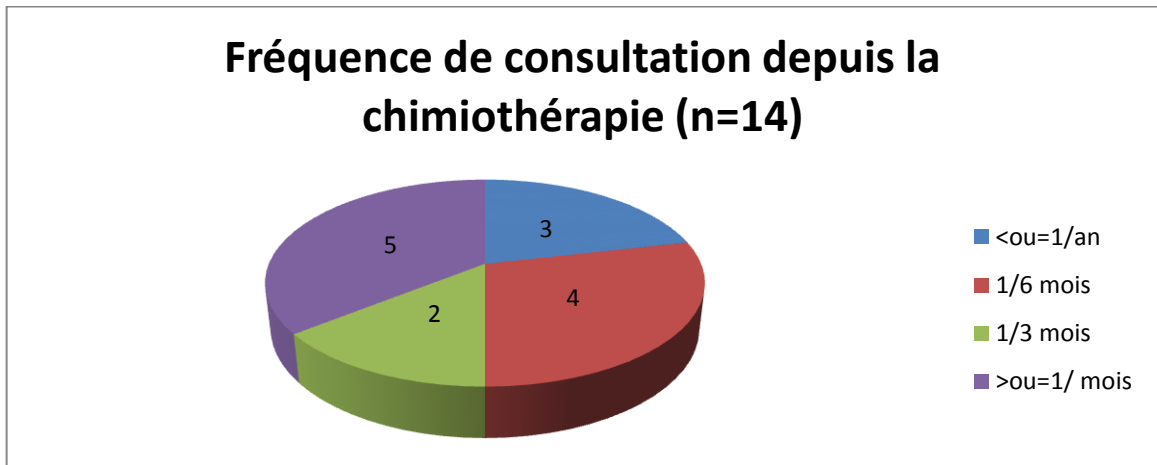
Nous avons voulu établir s'il existait une évolution de la fréquence des consultations avant et après traitement.

Pour cela nous avons regardé le groupe de 14 patients qui consultaient 1 fois, voire moins d'une fois par an avant le diagnostic de cancer.



Graphique 24 : Répartition selon la fréquence des consultations par le médecin généraliste, avant la découverte du cancer, extraction du groupe de 14 patients consultant 1 fois voire moins d'une fois par an

Ce graphique dépeint leur fréquence de consultation depuis le début du traitement.



Graphique 25 : Distribution de la fréquence de consultation depuis le début de la chimiothérapie, pour le groupe de 14 patients ayant pour habitude de consulter leur généraliste 1 fois par an ou moins avant le cancer.

Seuls 3 d'entre eux conservent la même fréquence de consultation.

4 voient leur médecin traitant 1 fois tous les 6 mois.

2 ont un rendez-vous tous les 3 mois.

5 patients sont suivis de façon plus assidue par leur généraliste, au minimum 1 fois par mois.

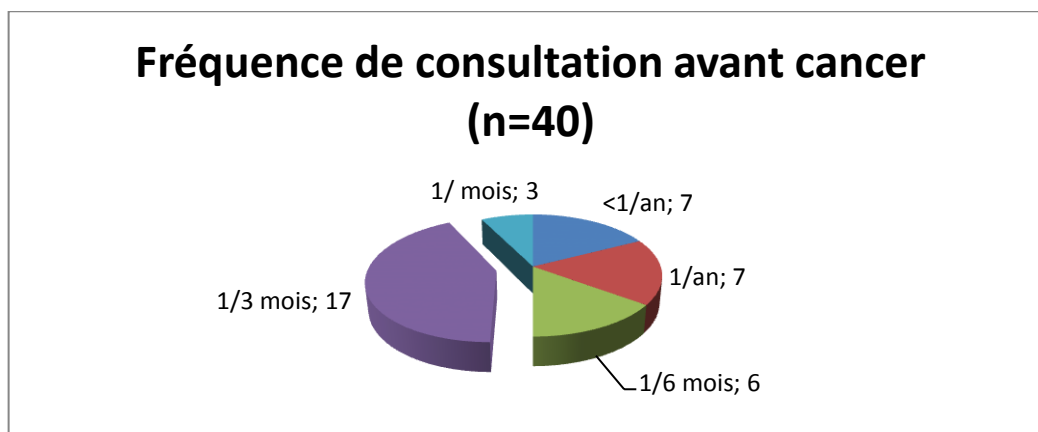
Le tableau suivant décrit les caractéristiques de ces 5 individus.

Sexe	Age	Distance domicile-hôpital	Pathologie	PS OMS	Années de suivi
Homme	>70 ans	<10 km	Colon non métastatique	2	>10 ans
Homme	60-70 ans	>50 km	pancréas	2	<1 an
Homme	30-45 ans	30-50 km	Rein métastatique	2	<1 an
Femme	30-45 ans	<10 km	Sein adjuvant	1	<1 an
Femme	60-70 ans	>50 km	Sein adjuvant	2	>10 ans

Tableau 9 : Caractéristiques du groupe de 5 patients consultant au moins 1 fois par mois depuis le début de la chimiothérapie et ne consultant qu'1 fois par an, voire moins, avant le diagnostic de cancer.

Les caractéristiques étudiées sont hétérogènes pour ce groupe de patients. Aucune donnée statistique ne permet de mettre en évidence de différences significatives.

Nous avons ensuite étudié plus précisément le groupe de 17 patients consultant 1 fois par trimestre avant diagnostic.



Graphique 26 : Fréquence de consultation avant diagnostic de cancer, extraction du groupe de 17 patients consultant 1 fois par trimestre.

12 conservent cette fréquence depuis le début du traitement, 5 consultent maintenant 1 fois par mois.

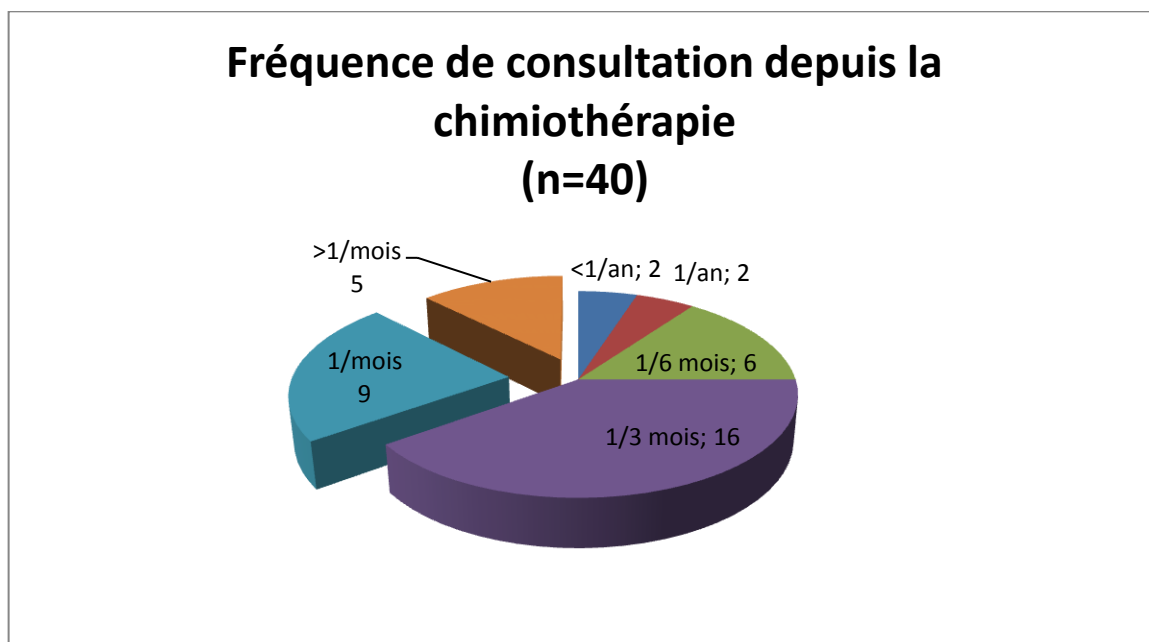
Le tableau ci-dessous rapporte les caractéristiques des 5 patients consultant 1 fois par mois depuis la chimiothérapie, alors qu'ils étaient reçus 1 fois par trimestre par leur médecin traitant avant le diagnostic de cancer.

Sexe	Age	Distance domicile-hôpital	Pathologie	PS OMS	Années de suivi
Homme	>70 ans	<10 km	colon	1	>10 ans
Homme	45-60 ans	>50 km	ORL	0	<1 an
Homme	60-70 ans	30-50 km	colon	2	1 à 5 ans
Femme	45-60 ans	<10 km	Sein métastatique	1	1 à 5 ans
Femme	30-45 ans	30-50 km	Sein adjuvant	1	>10 ans

Tableau 10 : Caractéristiques du groupe de 5 patients de l'étude consultant 1 fois par mois leur médecin traitant depuis le début de la chimiothérapie et ne consultant qu'1 fois par trimestre avant le diagnostic de cancer.

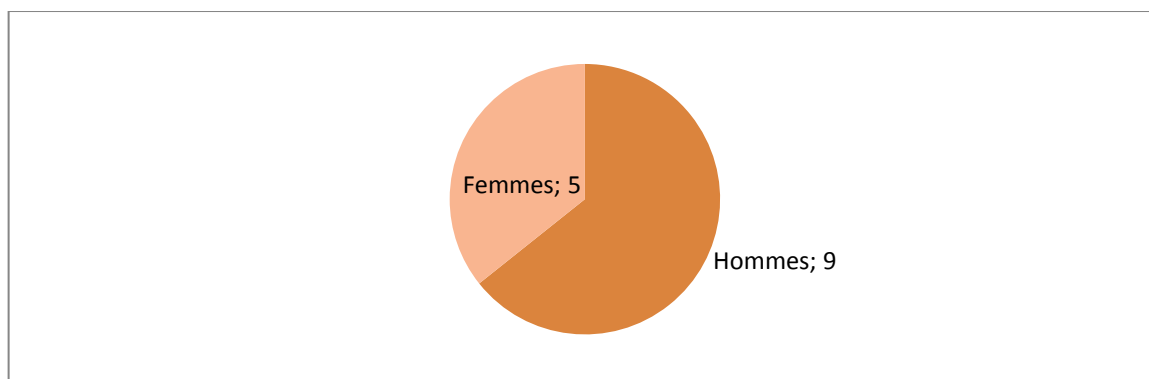
Les caractéristiques de ce groupe de patients sont hétérogènes. Aucune donnée statistique ne permet de mettre en évidence de différences significatives selon les critères étudiés.

Enfin, nous avons observé plus attentivement le groupe de 14 personnes consultant au moins tous les mois leur médecin traitant depuis le début de la chimiothérapie.



Graphique 26 : Fréquence de consultation auprès des médecins traitants depuis le début de la chimiothérapie, extraction du groupe de 14 patients consultant au moins 1 fois par mois.

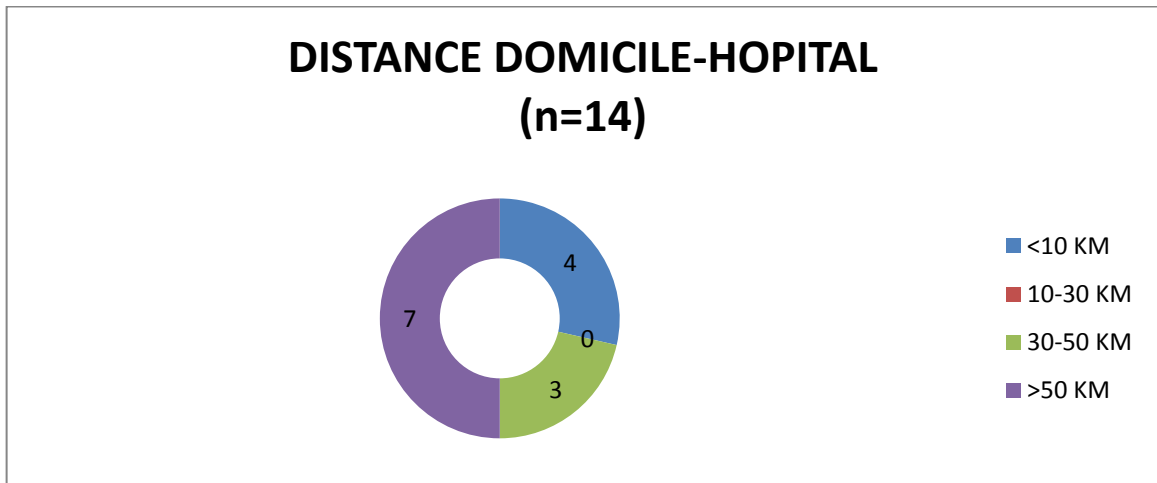
Voici leur distribution selon le sexe :



Graphique 27 : Distribution du groupe de 14 patients consultant au moins 1 fois par mois depuis la chimiothérapie selon leur sexe.

64% sont des hommes.

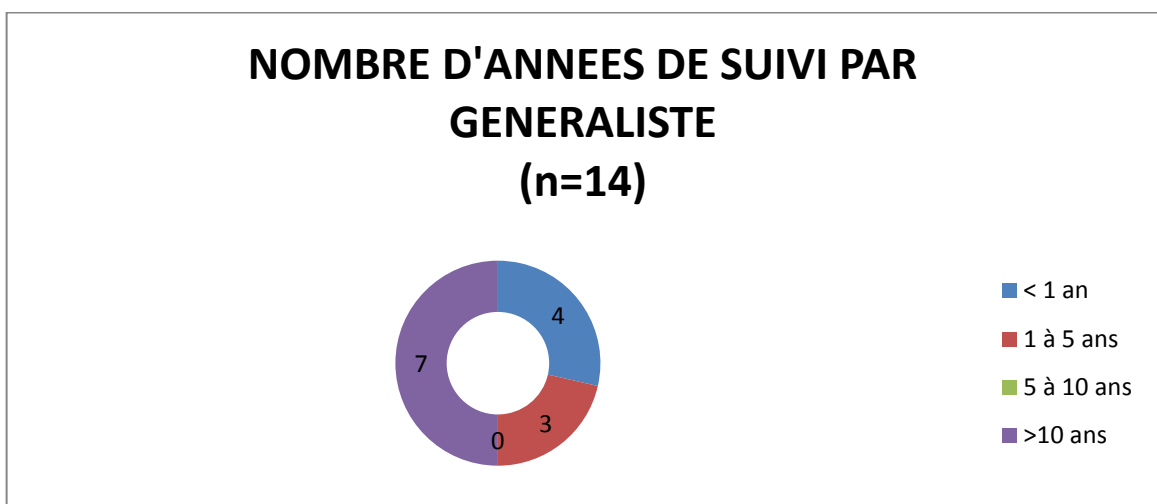
Voici leur répartition selon la distance de leur domicile avec le Centre Hospitalier où se déroule le traitement.



Graphique 28 : Répartition selon la distance domicile-hôpital du groupe de 14 patients consultant au moins 1 fois par mois depuis la chimiothérapie.

50% résident à plus de 50 kilomètres du Centre Hospitalier de traitement.

Voici leur distribution selon l'ancienneté du suivi avec leur médecin traitant actuel :



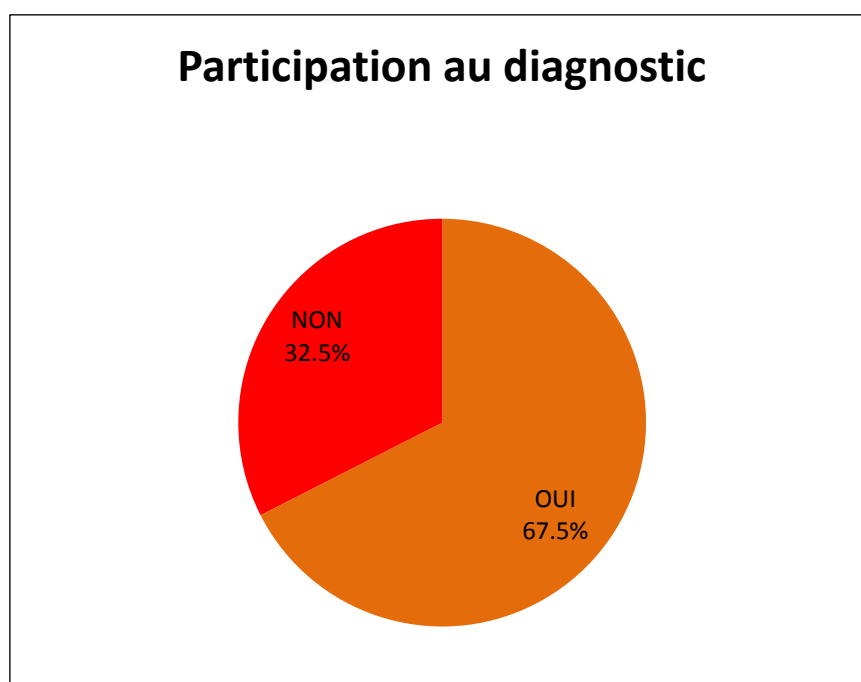
Graphique 29 : Distribution selon l'ancienneté du suivi avec leur médecin traitant actuel pour le groupe de 14 patients consultant au moins 1 fois par mois depuis le début de la chimiothérapie.

50% sont suivis depuis au moins 10 ans par leur généraliste actuel.

2.2.4. Place du médecin généraliste dans et après la découverte du cancer

2.2.4.1. Participation au diagnostic

Nous avons interrogé les patients sur la participation au diagnostic de cancer de leur médecin généraliste. Les réponses sont illustrées ci-dessous.



Graphique 30 : Répartition selon la participation ou non du médecin généraliste au diagnostic de cancer d'après l'échantillon étudié.

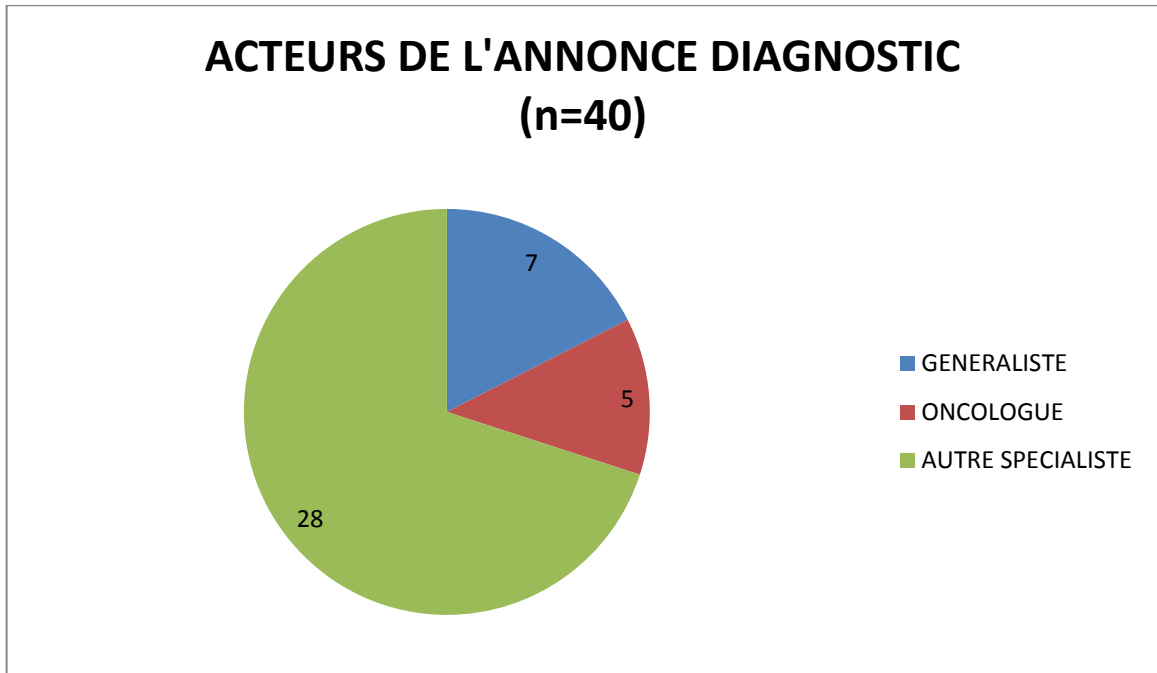
Selon les patients interrogés, pour 67.5% d'entre eux leur médecin traitant aurait participé au diagnostic du cancer.

Parmi eux, 63% y ont concouru en prescrivant l'examen qui a conduit au diagnostic.

74% les ont adressés à un confrère spécialiste devant une suspicion clinique.

2.2.4.2. Consultation d'annonce

Voici représentées les réponses concernant les acteurs de l'annonce du diagnostic de cancer.



Graphique 31 : Répartition en nombre des médecins ayant pratiqué l'annonce du diagnostic de cancer, d'après les patients de l'étude.

82.5% des patients du groupe étudié, ont reçu l'annonce du diagnostic de cancer par un médecin spécialiste.

Dans 70% des cas il s'agissait du spécialiste qui a pratiqué l'examen diagnostic (radiologue, gastro-entérologue, gynécologue...).

Seulement 12.5% ont eu une consultation d'annonce par l'oncologue.

17.5% des patients ont reçu l'annonce par leur médecin traitant.

Parmi les patients dont le diagnostic a été donné par le généraliste, 90% d'entre eux ont été reçus au cours d'une consultation dédiée spécifiquement à cet effet, et non évoquée au cours d'une consultation non spécifique.

Pour 62.5% des patients l'annonce à la famille a été faite par le patient lui-même.

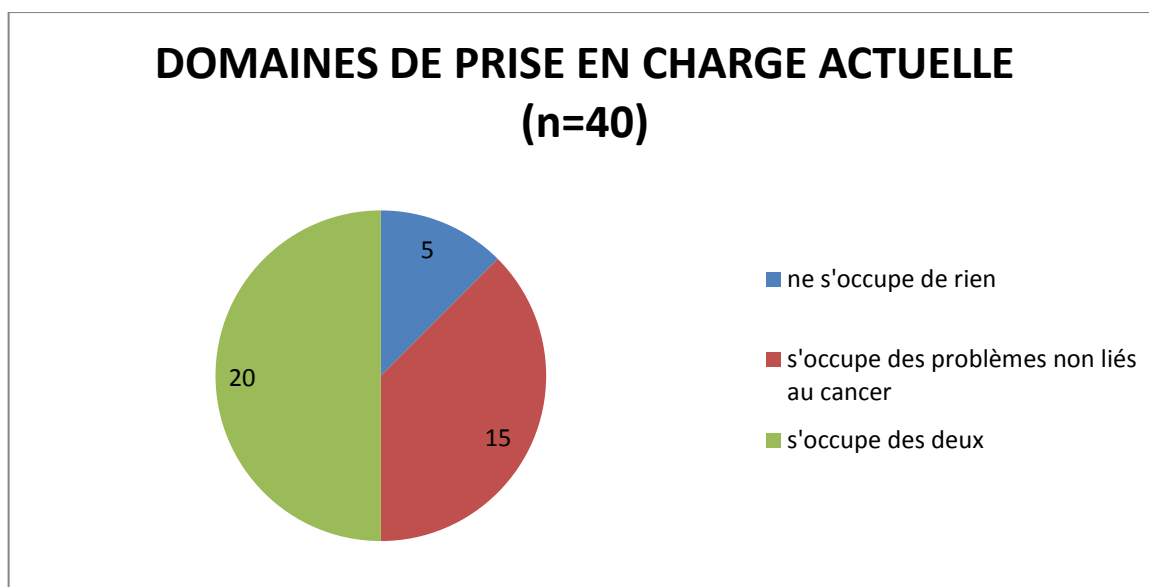
Dans les autres cas, 27.5% et 10% par leur présence au moment de l'annonce au patient, au cours de la consultation menée respectivement par le spécialiste et le généraliste.

25% des patients ont revus, suite au diagnostic, leur médecin traitant pour une consultation dédiée aux questions concernant la maladie.

27.5% ont revus leur généraliste au cours d'une consultation axée sur leurs interrogations concernant les thérapeutiques.

2.2.5. Opinion sur la prise en charge actuelle

Nous avons questionné chaque patient sur les domaines d'intervention de leur médecin traitant dans leur prise en charge actuelle. Le graphique qui suit illustre les réponses relevées.



Graphique 32 : Répartition en nombre concernant les domaines de prise en charge actuelle du médecin traitant d'après les patients interrogés.

Dans 50% des cas reportés, le généraliste s'occupe à la fois des problèmes liés au cancer et ceux non liés.

37.5% ne s'occuperaient que des problèmes non en relation avec le cancer.

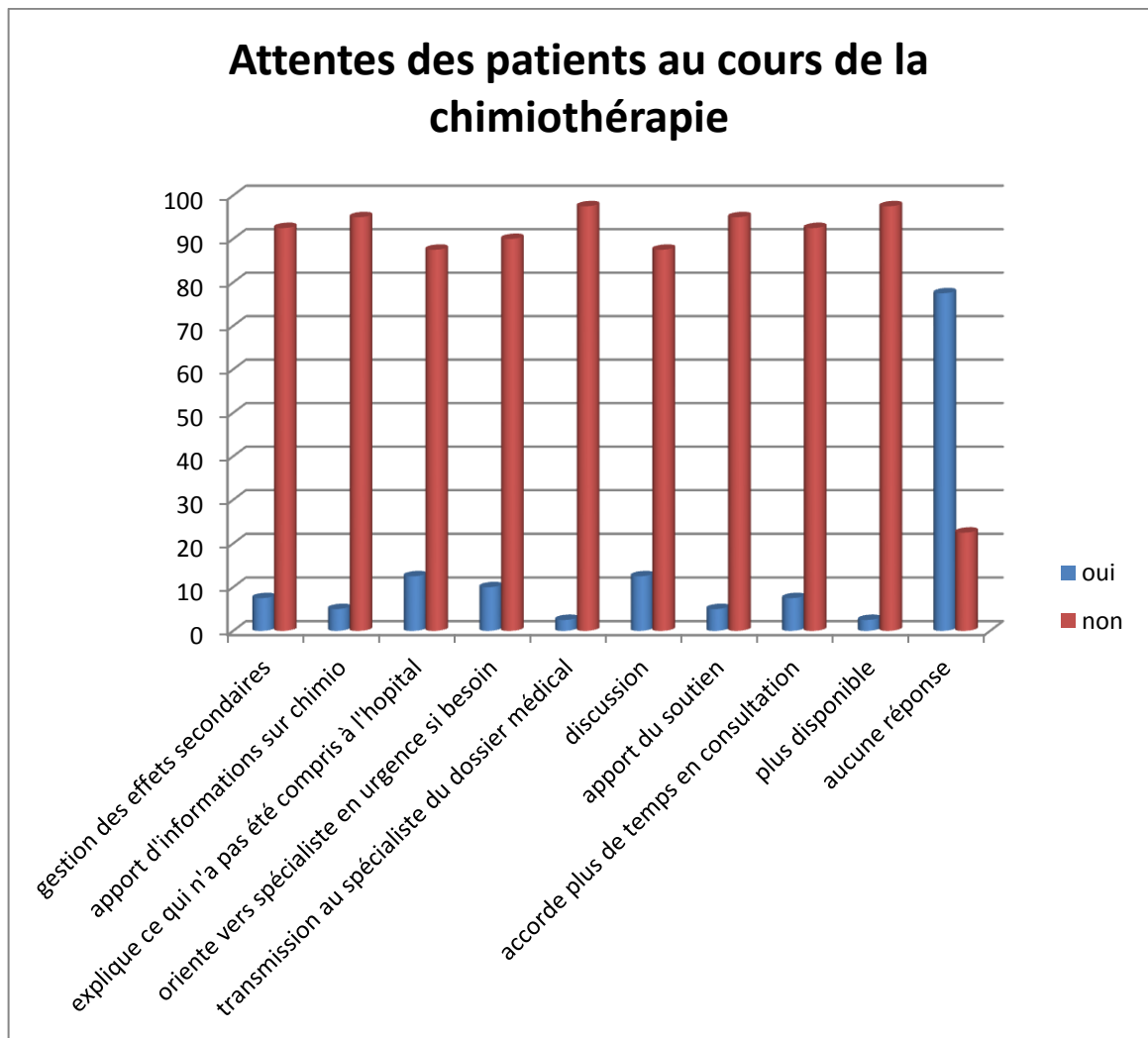
12.5% ne s'occuperaient de rien.

Lorsque ces patients ont des questions en lien avec leur cancer, 55% font appel à leur généraliste, 42.5% s'orientent vers le service de cancérologie, 5% préfèrent faire des recherches personnelles (littérature, internet).

Le soutien psycho-social n'est en large majorité pas apporté par les soignants, que ce soit par le généraliste ou l'équipe de cancérologie, avec respectivement seulement 12.8% et 10.3% d'interventions.

2.2.6. Attentes des patients

Le graphique suivant expose les réponses obtenues à la question concernant les attentes des patients envers leur médecin traitant au cours de cette période de traitement spécifique que constitue la chimiothérapie.



Graphique 33 : Distribution en pourcentage des attentes des patients de l'étude envers leur médecin traitant au cours de la période de traitement par chimiothérapie.

Les patients interrogés n'ont pas de velléités particulières concernant la prise en charge de leur cancer par leur médecin généraliste. Les commentaires recueillis abondent dans un même sens : « il fait déjà ce qu'il faut ».

3. ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA HAUTE-VIENNE

3.1. MATERIEL ET METHODE

3.1.1. CARACTERISTIQUES GENERALES

Cette étude est une analyse transversale descriptive, par auto-évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de la cancérologie en médecine générale.

Elle concerne un échantillon de 283 médecins généralistes de la Haute-Vienne, sélectionnés par ordre alphabétique, d'après le répertoire postale du réseau ROHLIM.

L'étude a été réalisée sous forme de questionnaires, envoyés par courrier postal, au cours d'une période de 6 mois, de Juillet 2013 à janvier 2014.

3.1.2. Objectif principal

L'objectif principal est de mieux connaître les conditions d'exercice des médecins généralistes à l'égard des patients atteints de cancer.

3.1.3. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence leur rôle, les difficultés rencontrées, leur volonté de s'investir d'avantage, besoins et motivation pour actualiser leurs connaissances, caractériser la qualité de leur relation avec l'hôpital.

En conséquence nous pourrons dégager des pistes de réflexions pouvant répondre à ces freins et améliorer ainsi la qualité de la prise en charge des cancers de leurs patients.

3.1.4. Elaboration du questionnaire

Pour l'élaboration de ce questionnaire plusieurs éléments devaient être pris en compte. Les médecins généralistes sont régulièrement sollicités pour des enquêtes diverses et variées, sur des supports multiples (courriers, mail, téléphone).

Afin de nous assurer un taux de réponse satisfaisant, il a fallu tenir compte du caractère chronophage de la profession médicale. Outre l'intérêt porté par la thématique choisie par ce travail, nous avons espéré que la limitation des questions au nombre de 20 contribuerait à cet objectif.

Il s'agissait de questions à choix multiples qu'il suffisait de cocher. La dernière question laissait toutefois une possibilité de réponse libre si besoin.

Afin de répondre aux objectifs fixés ce questionnaire s'articule de la façon suivante :

- Une première partie descriptive, rendant compte du lieu d'exercice, du sexe, de l'âge, du mode d'exercice, du nombre de patients en cours de traitement ou de surveillance de cancer parmi la patientèle

- En transition, la sixième question d'opinion, concernant la volonté politique d'impliquer d'avantage le médecin généraliste dans la prise en charge des soins en cancérologie

- La seconde partie est une enquête d'opinion et de pratique.

Elle interroge sur :

Le stade de la maladie auquel ils se sentent plus impliqués

Leur rôle dans le diagnostic

La consultation d'annonce

Les informations délivrées au patient concernant la maladie et les traitements

Les décisions auxquelles ils aimeraient être associés

Leurs compétences

La nécessité et/ou volonté d'une formation complémentaire

Communication ville/hôpital

Les freins dans leur pratique

3.1.5. Distribution des questionnaires

88 médecins généralistes libéraux haut-viennois, extraits d'une liste initiale de médecins correspondants avec le Centre Hospitalier de Saint Junien, ont été sélectionnés.

200 médecins généralistes de Haute-Vienne, ont été choisis par ordre alphabétique, sur la liste des médecins correspondants avec le réseau ROHLIM, en tenant compte des éventuels doublons de la sélection précédente.

Donc, au total, 288 médecins généralistes ayant des patients suivis en cancérologie sur le CHRU ou le CH Saint Junien ont reçu un questionnaire.

Afin d'expliquer le but de ce travail et l'intérêt de leur réponse, était accompagné un courrier informatif signé du praticien hospitalier responsable de l'activité oncologique du CH Saint Junien.

Au tout, était joint une enveloppe timbrée.

Le recueil des réponses s'est échelonné sur une période de 6 mois de Juillet 2013 à Janvier 2014.

3.1.6. Recueil des données et analyse des résultats

Les réponses ont été rentrées manuellement sur fichier Microsoft Excel.

L'analyse statistique a consisté en une description des variables réalisée à l'aide du logiciel Excel, réalisée par une statisticienne.

Des tests de Chi 2 ont été utilisés pour comparer certaines variables.

3.2. Résultats

3.2.1. Taux de participation

A l'issue de cette enquête nous avons recueilli 101 réponses sur 288 médecins sollicités.

Le taux de courrier-réponse est de 35%.

Parmi les réponses obtenues, il est important de noter que 3 des médecins n'ont pas rempli le questionnaire, mais ont tout de même pris le temps de renvoyer sous pli une note explicative, spécifiant que dans le cadre d'un exercice particulier de la médecine ils ne pouvaient participer à ce travail.

Le taux de réponse au questionnaire est donc de 34%, soit 98 en effectif total.

3.2.2. Caractéristiques de la population étudiée

3.2.2.1. Répartition selon lieu d'exercice

Voici rapportés le détail en nombre des questionnaires envoyés et reçus, selon les codes postaux des lieux d'exercice des médecins destinataires.

CODES POSTAUX	QUESTIONNAIRES ENVOYES	QUESTIONNAIRES RECUS
87000	186	62
87110	9	2
87120	2	1
87140	5	3
87150	5	0
87190	2	2
87200	16	6
87210	4	0
87230	7	0
87300	7	1
87310	3	2
87320	1	0
87330	4	1
87420	2	1
87430	7	4
87440	2	1
87510	5	2
87520	6	1
87600	5	1
87620	1	1
87800	1	0
87920	5	0
TOTAL	285	91
RECUS SANS REPONSE		7

Tableau 11 : Répartition en nombre des questionnaires envoyés et reçus selon les codes postaux des lieux d'exercice des médecins destinataires.

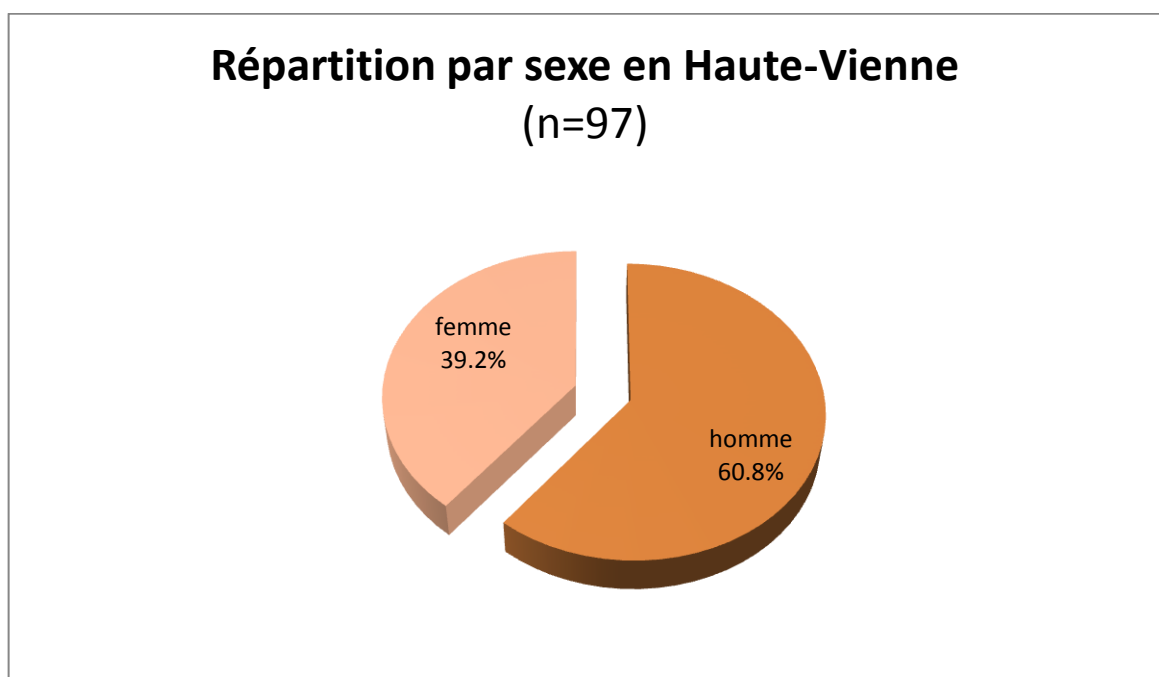
7 questionnaires ont été renvoyés sans réponse quant au lieu d'exercice.

68% des questionnaires concernent des médecins généralistes exerçant à Limoges, avec un taux de réponse de 33.3%.

Le taux de réponse des médecins exerçant en dehors de Limoges est légèrement inférieur, 29.3%.

3.2.2.2. Répartition selon le sexe

L'illustration qui suit représente la répartition en pourcentage de femmes et d'hommes parmi la population de médecins généralistes de Haute-Vienne ayant répondu.

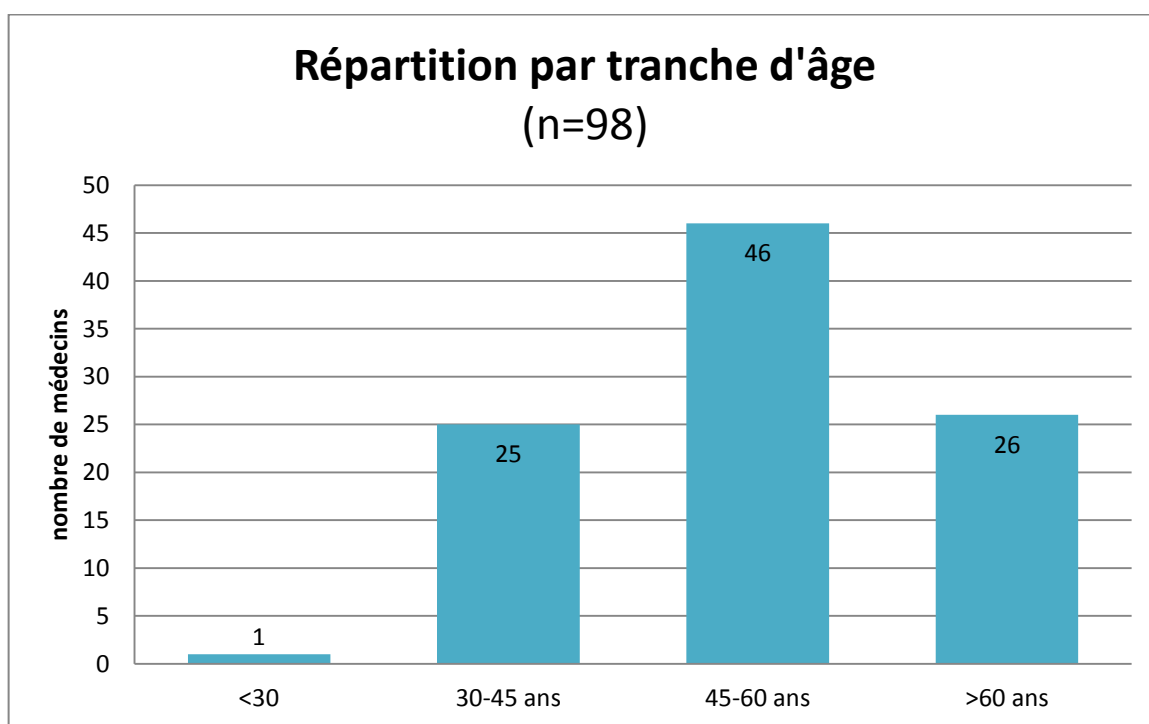


Graphique 34 : Répartition en pourcentage des médecins généralistes répondants selon le sexe.

Sur les 97 médecins haut-viennois ayant répondu à cette question, nous comptons 60.8% d'hommes et 39.2% de femmes.

3.2.2.3. Répartition par tranche d'âge

Ce graphique décrit la répartition des médecins généralistes de Haute-Vienne ayant répondu selon leur tranche d'âge.



Graphique 35 : Répartition en nombre des médecins généralistes répondants selon leur tranche d'âge.

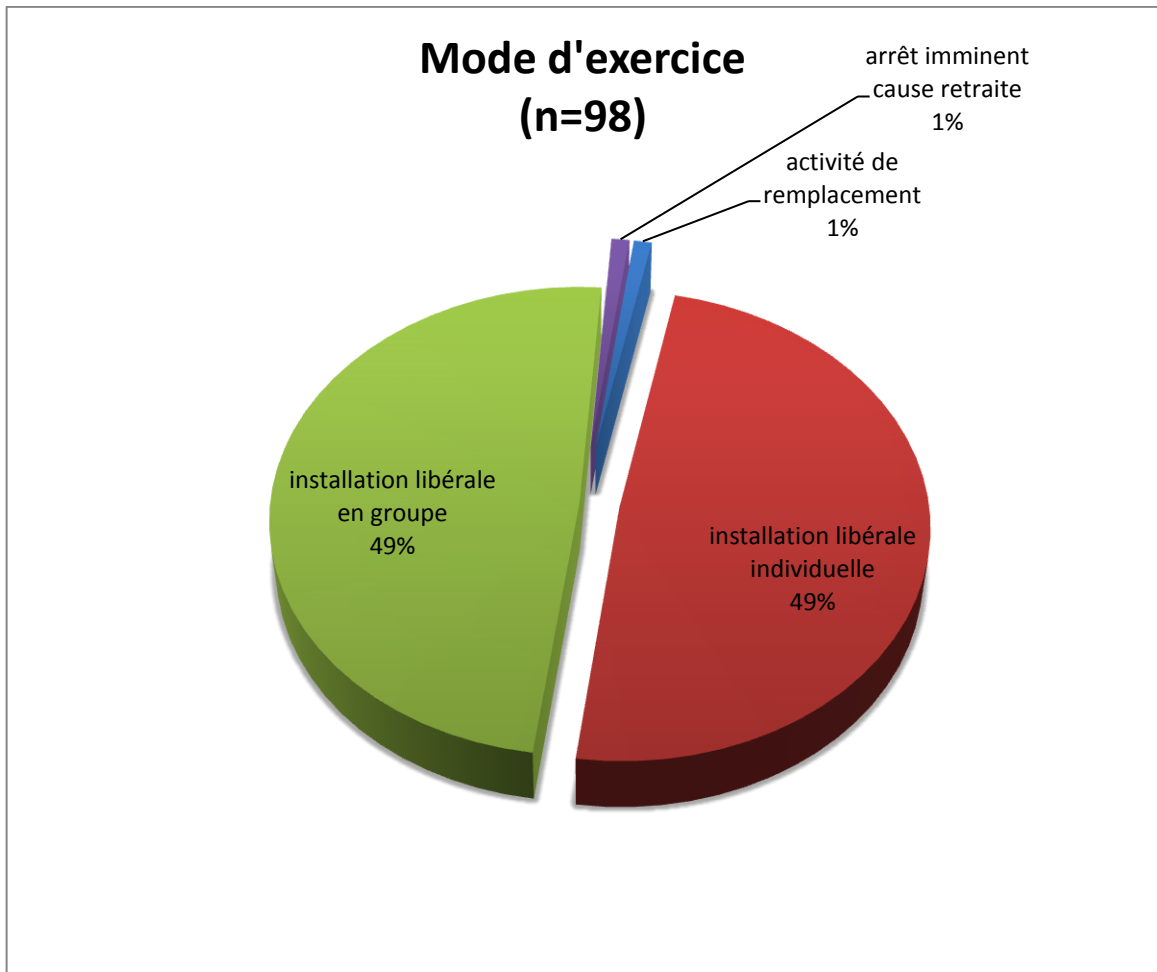
47% des médecins généralistes ayant répondu ont entre 45 et 60 ans.

27% ont plus de 60 ans.

25% se situent dans la tranche d'âge 30-45 ans.

3.2.2.4. Répartition selon mode d'exercice

Nous avons illustré la répartition des médecins généralistes ayant répondu selon leur mode d'exercice.

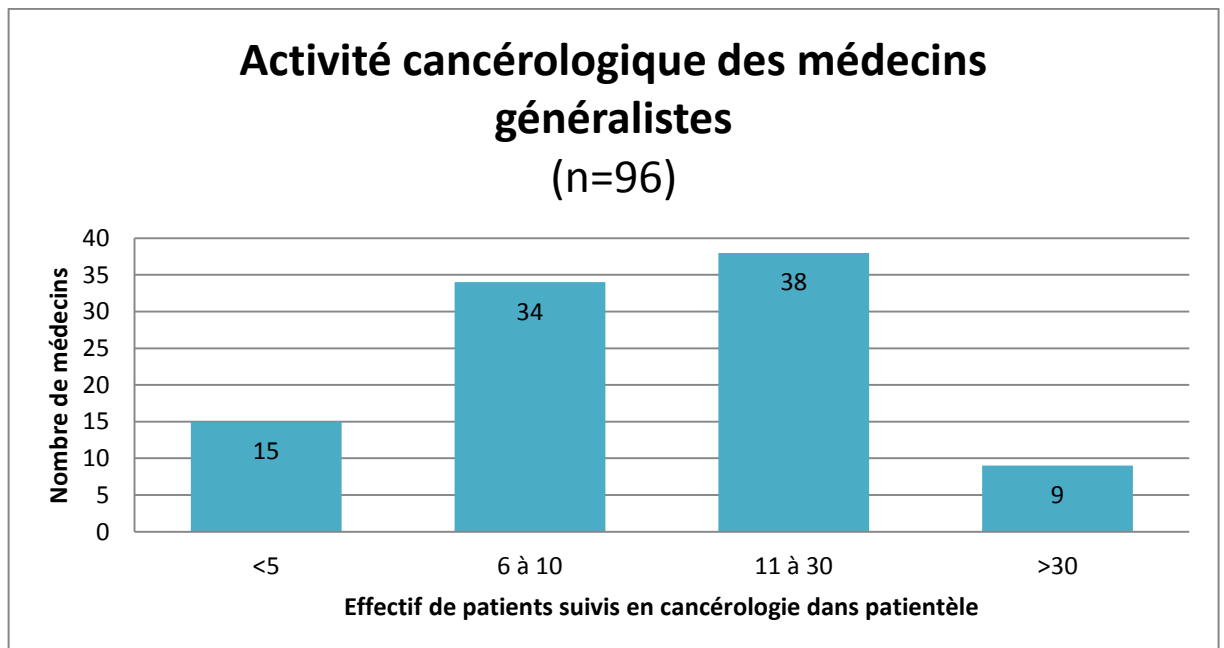


Graphique 36 : Répartition en pourcentage des médecins généralistes répondants selon leur mode d'exercice.

Les médecins généralistes répondant exercent de façon équivalente en nombre en activité individuelle ou au sein d'un cabinet de groupe.

3.2.2.5. Nombre de patients en cours de traitement ou surveillance de cancer solide

Ce graphique rapporte l'effectif de patients actuellement traités ou en surveillance de cancer solide parmi la patientèle des médecins ayant répondu à cette étude.



Graphique 37 : Représentation de l'activité oncologique des médecins répondants selon l'effectif de patients actuellement traités ou en surveillance de cancers solides parmi leur patientèle.

Les médecins interrogés ont, pour 40% d'entre eux, parmi leur patientèle entre 11 et 30 patients suivis en oncologie.

35% suivent entre 6 et 10 patients atteints de cancer.

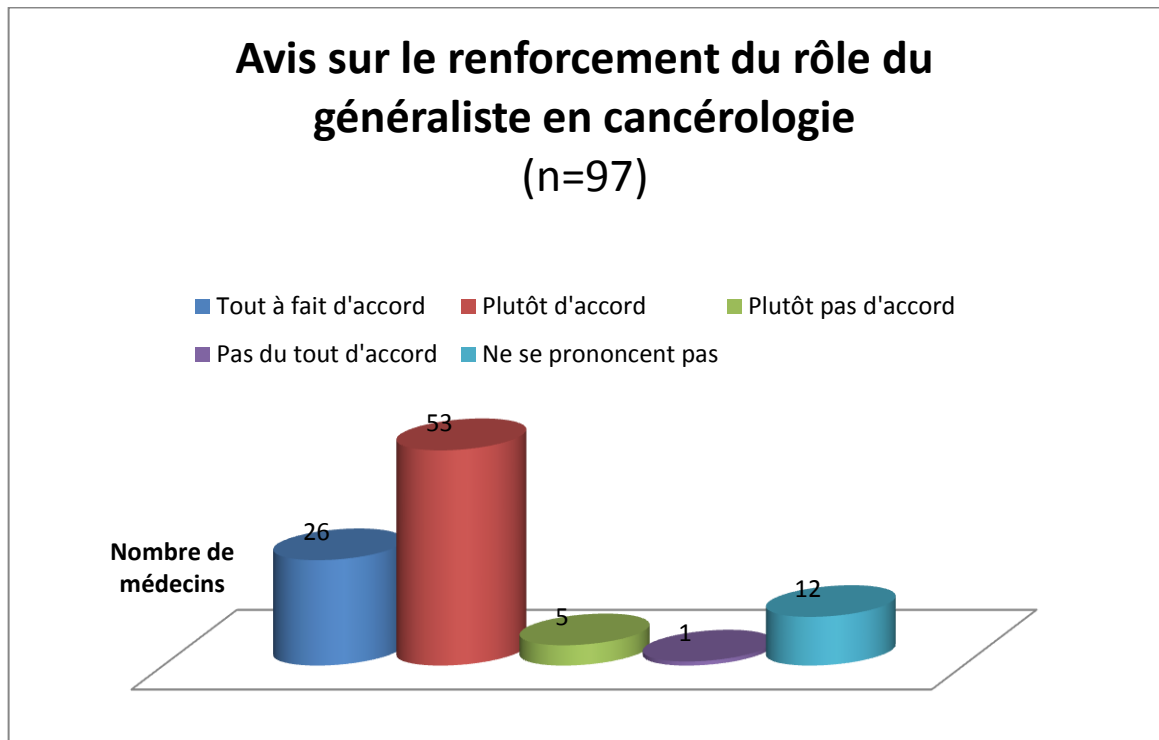
16% en comptent moins de 5.

9% estiment à 30 leur nombre.

3.2.3. Opinion sur la volonté politique de renforcer le rôle du médecin traitant

Nous voulions connaître l'opinion des médecins généralistes concernant l'une des mesures phares du second plan cancer : « renforcer le rôle du médecin généraliste à tous les stades de la prise en charge du cancer ».

Voici une illustration de leurs réponses.



Graphique 38 : Opinion des médecins traitants répondants sur le renforcement de leur rôle en cancérologie par le second plan cancer.

La majorité (81,4%) des généralistes ayant répondu sont favorables à la volonté du gouvernement de renforcer leur action en cancérologie :

- 54,6% plutôt d'accord,
- 26,8% tout à fait d'accord.

A noter que 12 médecins n'ont pas souhaité répondre à cet item.

Des commentaires ont accompagné certaines réponses.

En voici le détail :

« C'est de la communication, mais dire le contraire serait politiquement incorrect »

« Cela dépend des conditions. Si c'est pour se décharger sur le médecin traitant de tout ce qui est pénible et compliqué. Les oncologues sont débordés et de plus en plus expéditifs »

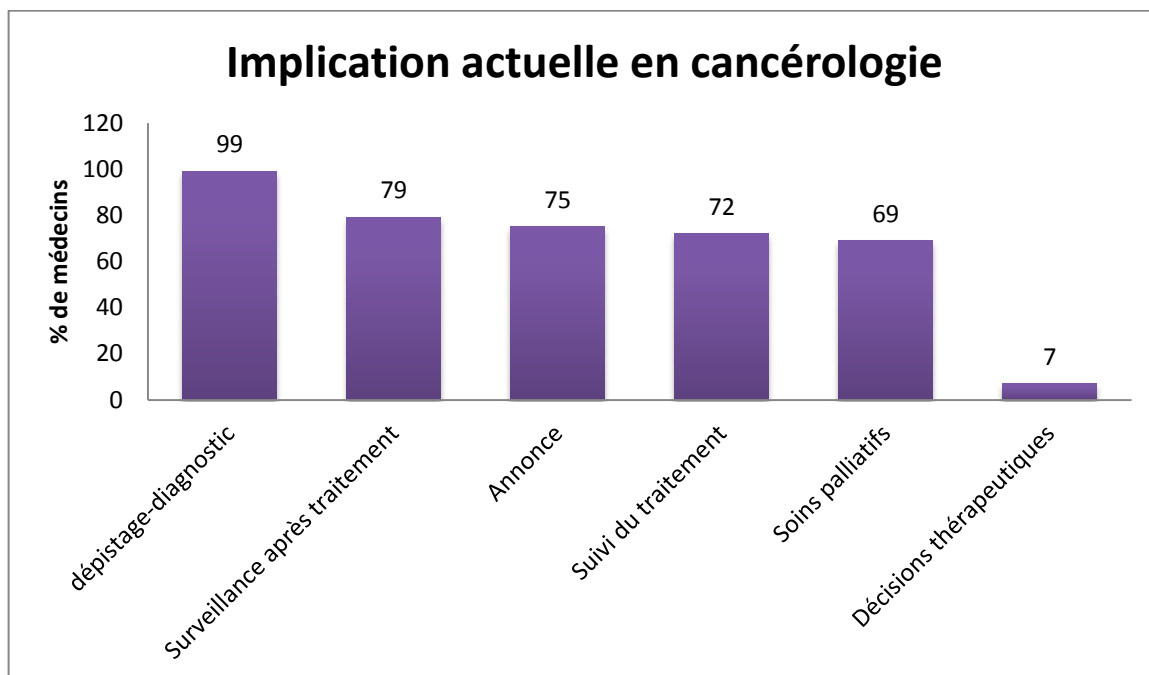
« Mais ce ne sont sûrement que des mots et des effets d'annonce »

« Bonnes ou mauvaises intentions ? »

« Je ne connais pas cette volonté gouvernementale »

3.2.4. Stades d'implication actuelle

Nous souhaitons percevoir à quels stades de la pathologie cancéreuse les médecins généralistes se sentaient davantage impliqués. Il était possible de valider plusieurs items. Voici la représentation en pourcentage des réponses obtenues.



Graphique 39 : Stades d'implication actuelle en cancérologie par les médecins généralistes de Haute-Vienne répondants.

99% des médecins ayant répondu se sentent impliqués aux stades les plus précoces de la maladie cancéreuse, en d'autres termes dans la pratique du dépistage ainsi que dans la phase diagnostique.

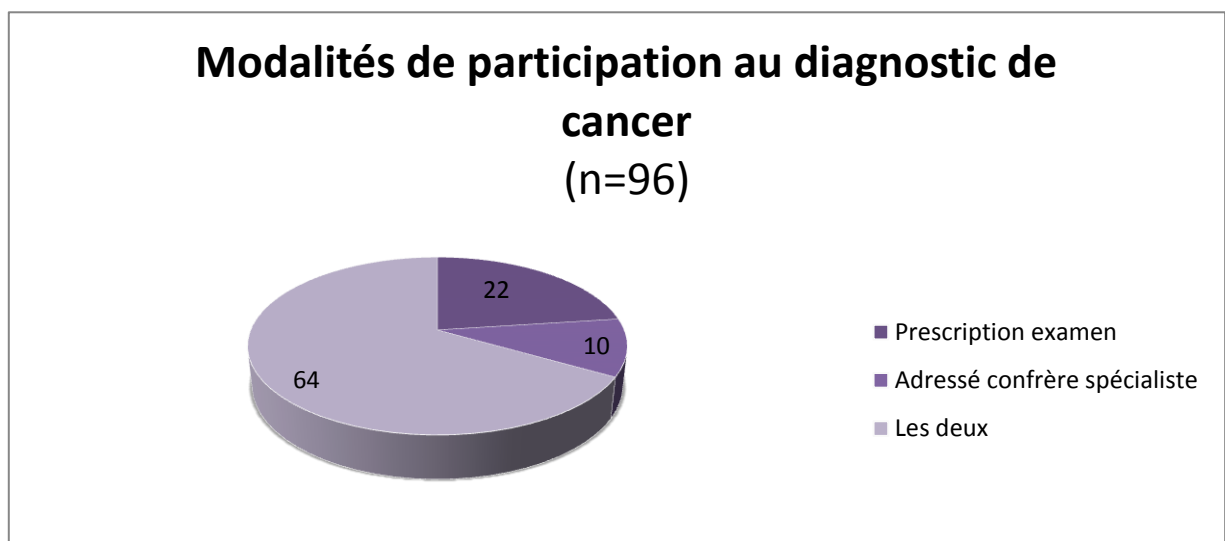
80% sont investis dans la phase de surveillance après le début du traitement de leurs patients atteints de cancer.

Seuls 7% participeraient aux décisions thérapeutiques.

3.2.5. Diagnostic, annonce, délivrance des informations au patient

3.2.5.1. Modalités de participation au diagnostic

Le graphique suivant décrit de quelle façon les médecins généralistes auraient participé au diagnostic de cancer. Plusieurs réponses étaient possibles.



Graphique 40 : Modalités de participation au diagnostic de cancer selon les médecins généralistes répondants.

Parmi les 96 médecins généralistes ayant répondu :

- 90% déclarent avoir joué un rôle diagnostique en prescrivant l'examen qui a conduit à la découverte néoplasique

- 77% déclarent avoir adressé leur patient à un confrère spécialiste devant une suspicion clinique.

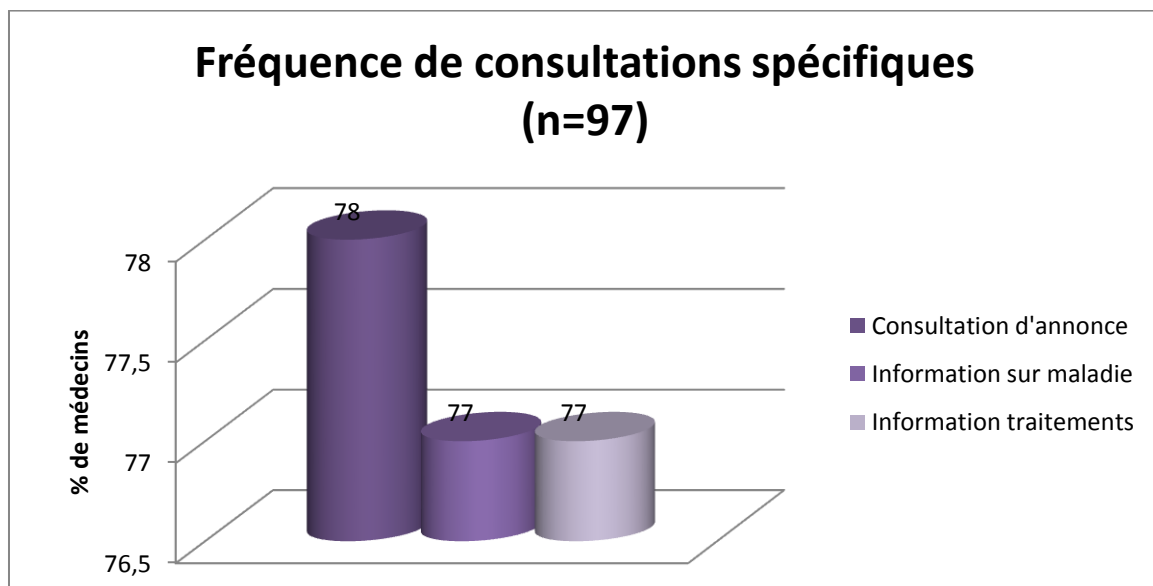
Pour mémoire, les patients interrogés sur cette même question nous avaient donné pour réponses :

- pour 63% d'entre eux, leur médecin traitant avait prescrit l'examen menant au diagnostic
- 74% avaient été adressés au spécialiste.

3.2.5.2. Consultations dédiées

Nous avons questionné les médecins généralistes sur leur expérience concernant la réalisation :

- d'une consultation consacrée à l'annonce diagnostic
- d'une consultation dédiée à l'apport d'informations concernant la maladie
- d'une consultation vouée à l'apport d'informations concernant les traitements



Graphique 41 : Pourcentage de médecins répondants ayant déjà pratiqué des consultations dédiées à l'annonce, la maladie, aux traitements

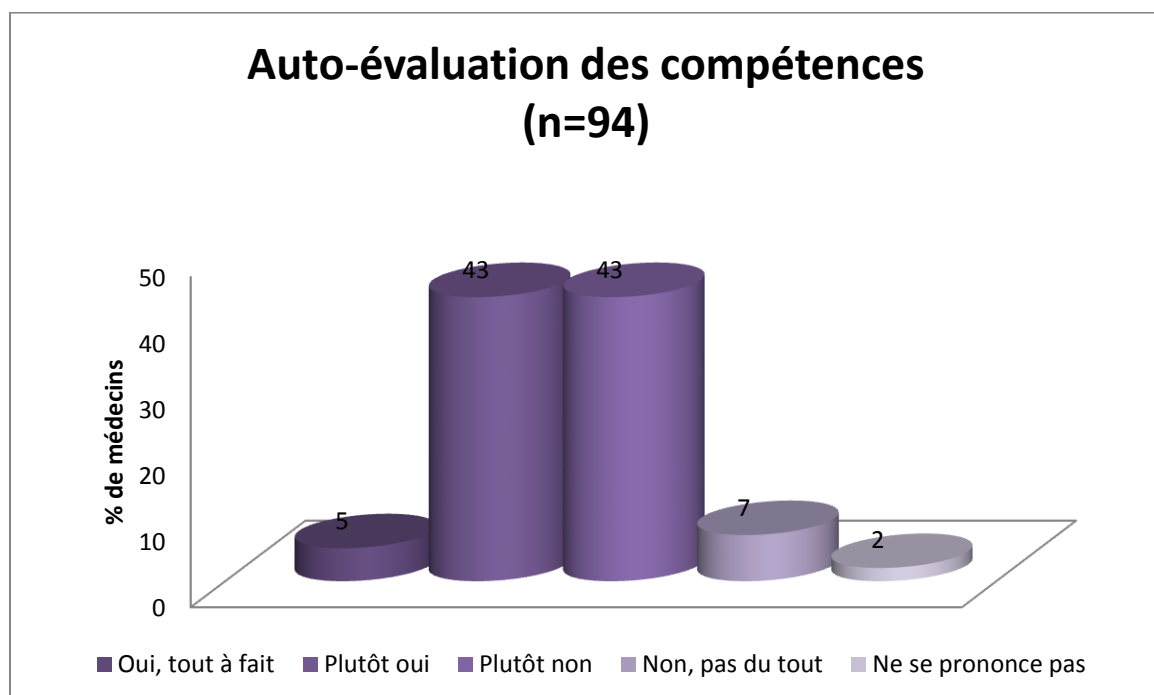
78% des médecins de la Haute-Vienne participant à cette enquête déclarent avoir déjà réalisé une consultation d'annonce diagnostic de cancer.

77% indiquent avoir déjà pratiqué une consultation spécifique à l'apport d'informations concernant la maladie.

77% répondent aussi avoir déjà pratiqué une consultation dédiée à l'apport d'informations concernant les traitements.

3.2.6. Auto-évaluation des compétences nécessaires

A la question : "Pensez-vous que vos compétences vous permettent de prendre en charge les patients atteints de cancer de manière optimale?", voici représentée les réponses recueillies :



Graphique 42 : Auto-évaluation des compétences des médecins généralistes pour une prise en charge optimale des patients atteints de cancer, exprimée en pourcentage.

5% des médecins répondants estiment avoir tout à fait les compétences nécessaires à la prise en charge optimale des patients atteints de cancer.

43% rapportent être plutôt satisfaits de leurs compétences.

43% à l'inverse estiment être plutôt non satisfaits de leurs compétences.

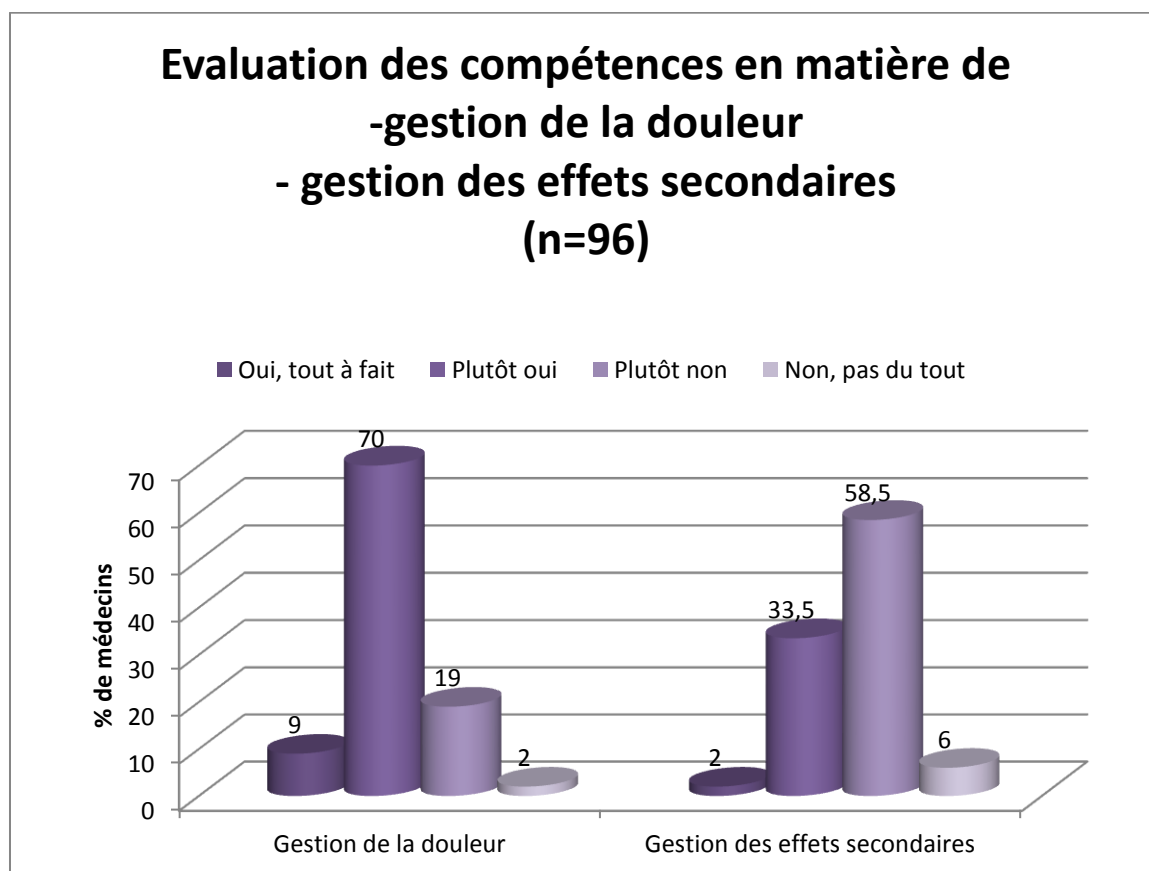
7% considèrent n'avoir pas du tout les compétences nécessaires.

2% n'ont pas répondu à cette question.

Sur la même thématique nous avons sollicité l'opinion des médecins généralistes concernant deux domaines de compétences plus spécifiques :

- la prise en charge de la douleur
- la prise en charge des effets secondaires des traitements, en donnant pour exemple l'aplasie fébrile ou non fébrile.

Voici illustrées l'ensemble des réponses obtenues :



Graphique 43 : Auto-évaluation des compétences des médecins généralistes répondants concernant la prise en charge de la douleur et des effets secondaires.

Concernant la gestion de la douleur :

9% des médecins répondants se sentent tout à fait à l'aise.

70% répondent être plutôt à l'aise.

19% se sentent plutôt en difficulté.

2% expriment ne pas être du tout à l'aise.

Concernant la gestion des effets secondaires inhérents aux traitements :

Seuls 2% affichent être tout à fait à l'aise.

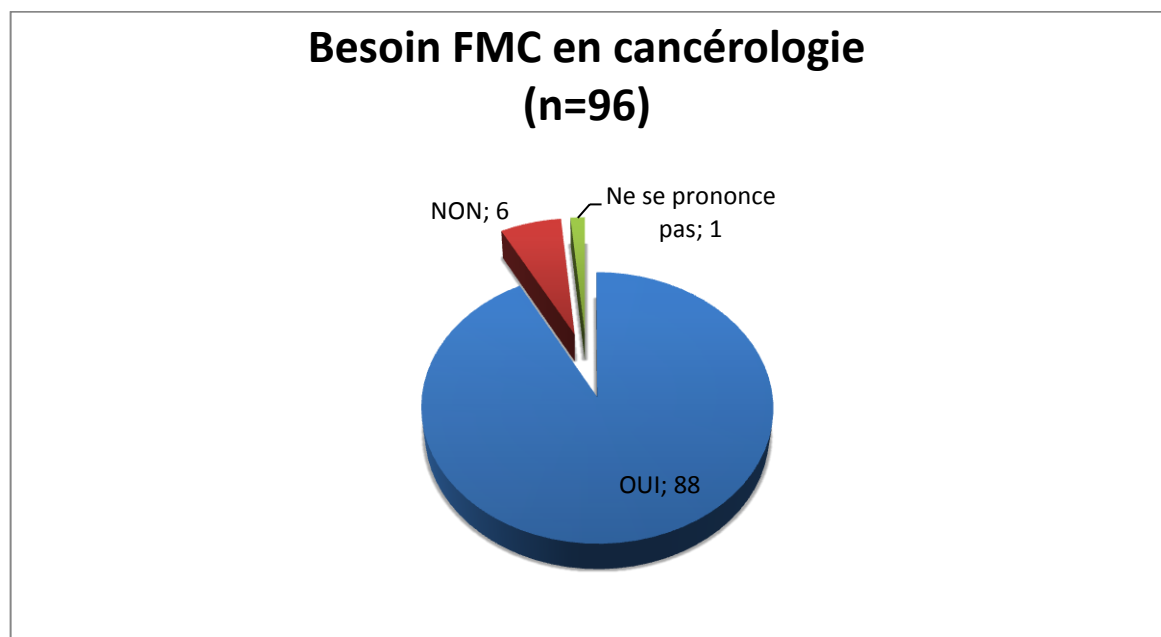
33,5% déclarent être plutôt à l'aise.

58,5% signalent n'être plutôt pas à l'aise.

6% indiquent ne pas être du tout à l'aise.

3.2.7. Volonté de formation complémentaire

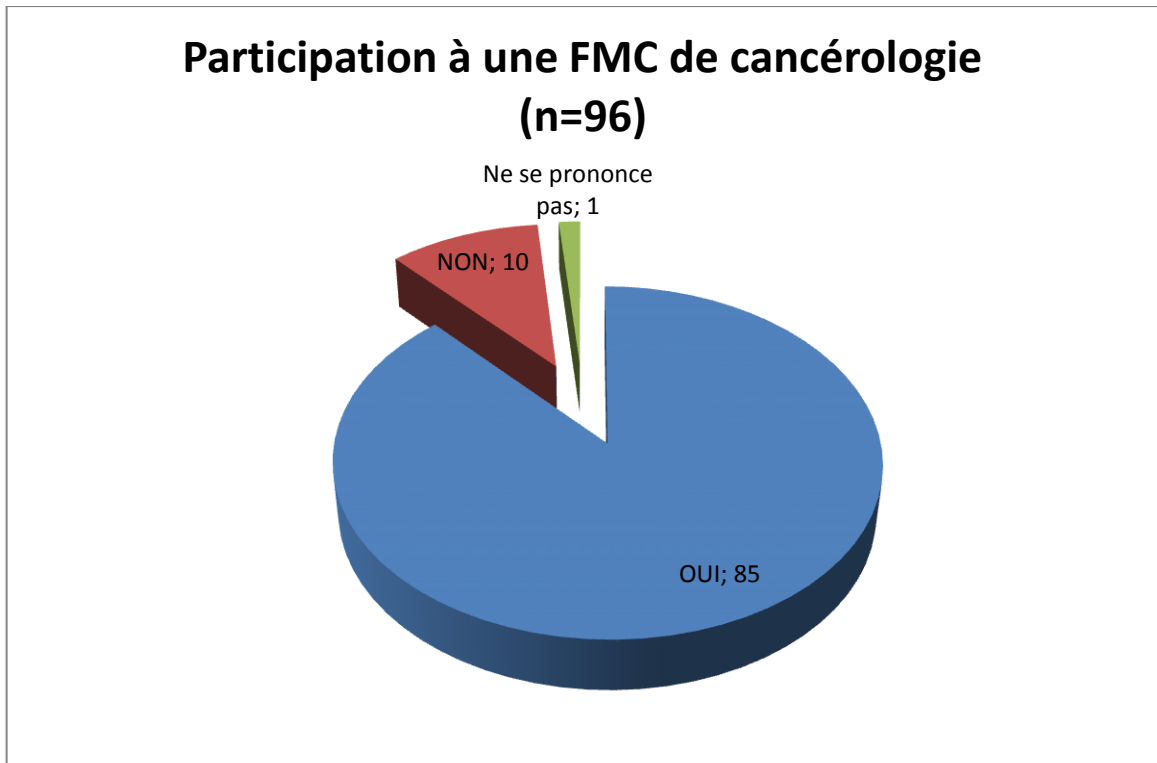
A la question "Pensez-vous avoir besoin d'une formation spécialisée en cancérologie de type FMC?", voici le graphique rapportant les réponses recueillies :



Graphique 44 : Estimation du besoin d'une formation spécialisée en cancérologie de type FMC par les médecins généralistes de Haute-Vienne répondants.

91,6% des médecins participants à notre étude estiment avoir besoin d'une formation complémentaire en cancérologie, de type FMC.

A la question « Accepteriez-vous de participer à ce type de formation complémentaire en cancérologie ? » voici le graphique illustrant les réponses obtenues :

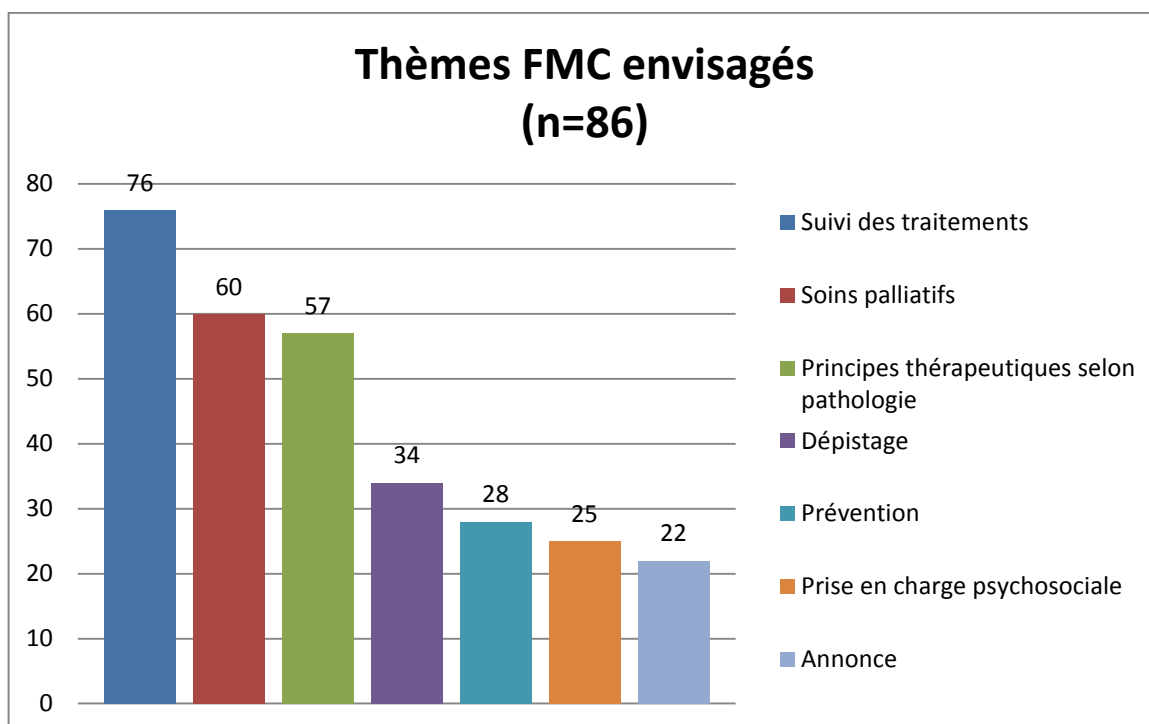


Graphique 45 : Participation à une formation complémentaire de type FMC, en cancérologie parmi les médecins généralistes de Haute-Vienne répondants.

88,5% des médecins de notre étude accepteraient de participer à une formation complémentaire de type FMC, en cancérologie.

En reprenant les données issues de la question précédente, nous remarquons que 3 médecins estimant avoir besoin d'une formation spécialisée en cancérologie n'accepteraient pas de participer à ce type d'enseignement.

Nous avons sondé les médecins généralistes acceptant de participer à une formation en cancérologie sur les thèmes pouvant les intéressés. Voici les résultats :



Graphique 46 : Thèmes de formation médicale continue envisagés par les médecins généralistes participants à l'étude.

Les généralistes de l'étude se déclarent très impliqués dans le stade de suivi des traitements de leurs patients atteints de cancer (72%), ce thème de formation complémentaire est le plus fréquemment cité (88,3%).

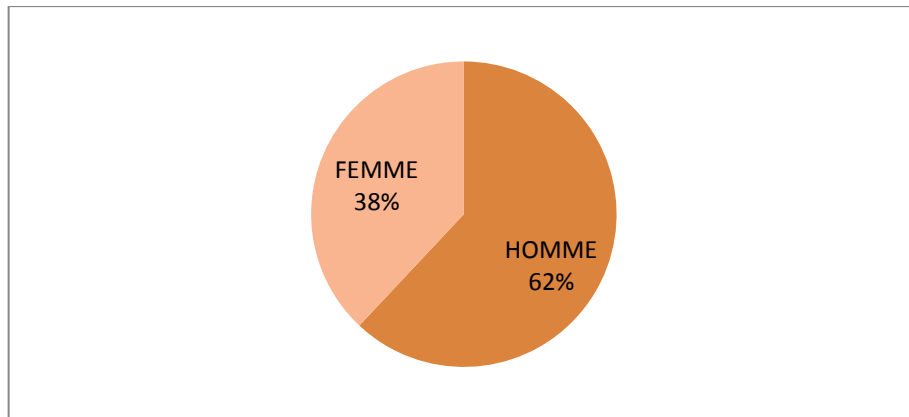
Viennent ensuite :

- les soins palliatifs (69,8%),
- les grands principes thérapeutiques selon la localisation tumorale et le stade de la maladie (68,3%)
- le dépistage (39,5%)
- la prévention (32,6%)
- la prise en charge psycho sociale (30%)
- l'annonce (25,6%)

En considérant ces résultats, nous souhaitons aussi comprendre quelles pouvaient être les caractéristiques des médecins pensant avoir besoin de formation médicale continue en oncologie.

Pour cela nous avons observé ces variables :

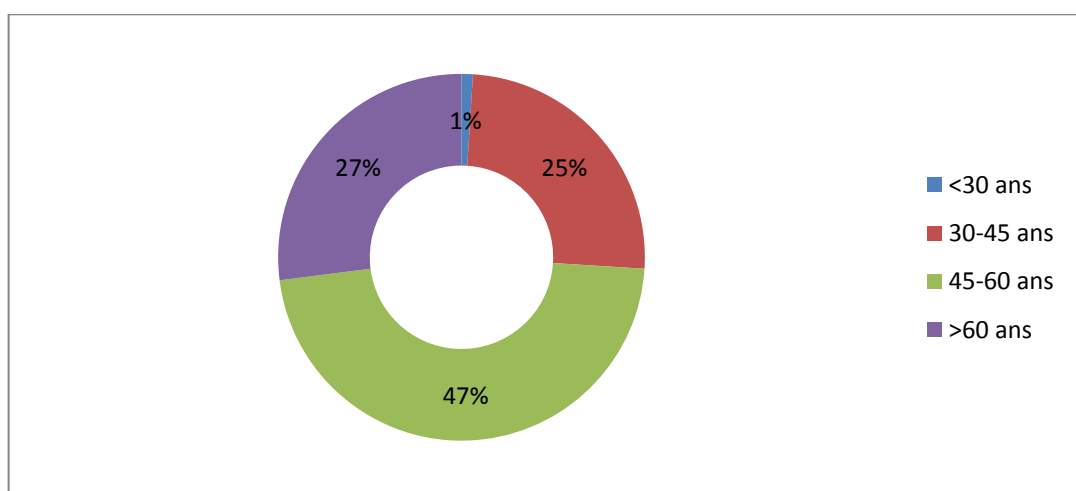
- Sexe :



Graphique 47 : Répartition des médecins généralistes ayant besoin d'une FMC en oncologie selon le sexe.

62% des médecins ayant besoin d'une formation complémentaire sont des hommes. Cependant 60.8% des médecins de notre étude sont des hommes.

- Tranches d'âge :



Graphique 48 : Répartition des médecins généralistes ayant besoin d'une FMC en oncologie selon leur tranche d'âge.

47% des médecins exprimant leur besoin de formation en cancérologie ont entre 45 et 60 ans, 27% ont plus de 60 ans, 25% entre 30 et 45 ans.

Rappelons que parmi notre échantillon global de médecins participants à notre étude 47% se situent dans la tranche d'âge 45-60 ans, 26,5% ont plus de 60 ans, 25% ont entre 30 et 45 ans.

- Accord avec politique de santé :

94 % d'entre eux déclaraient être « plutôt d'accord », voire « tout à fait d'accord » avec la volonté politique établie dans le second Plan Cancer, de renforcer leur rôle dans la prise en charge des patients cancéreux.

93% l'étaient également sur l'ensemble de l'échantillon étudié.

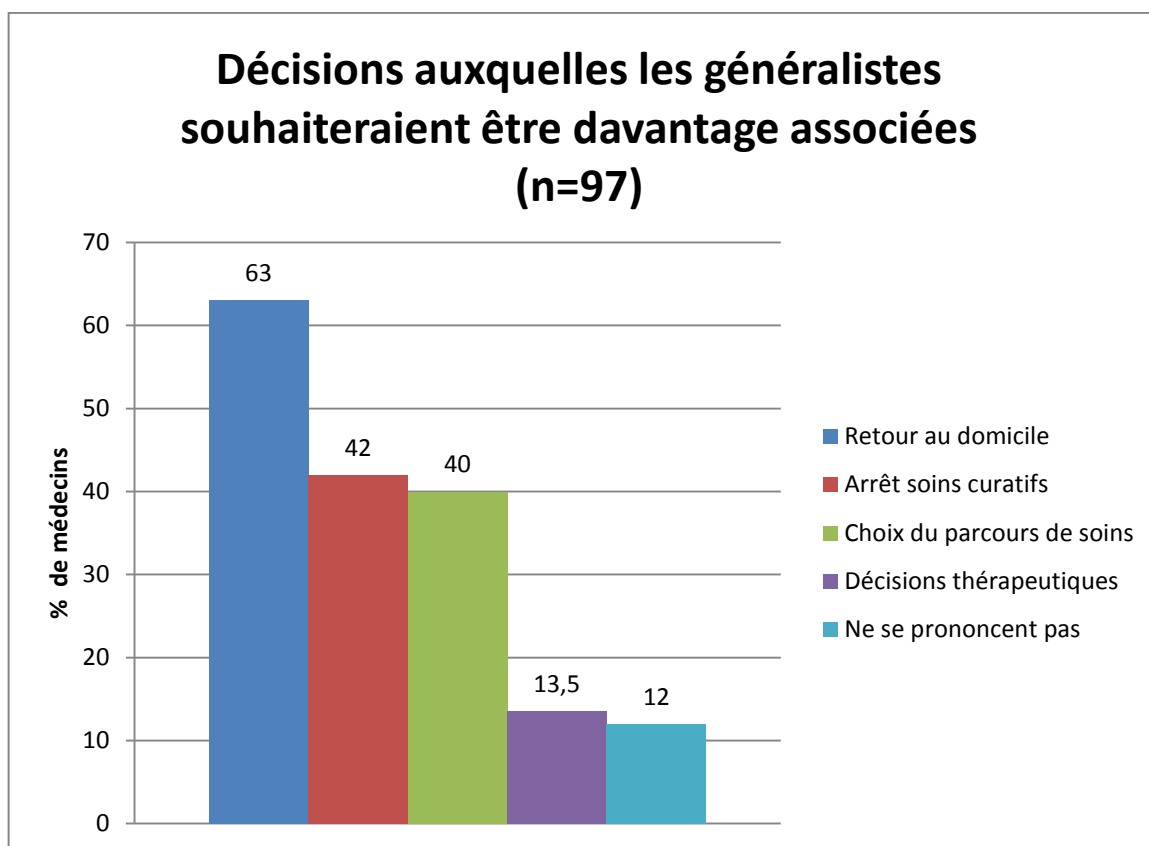
- Evaluation des compétences :

Enfin, à la question « pensez-vous que vos compétences vous permettent de prendre en charge les patients atteints d'un cancer de façon optimale ? »

46,5% des médecins avaient répondu « avoir tout à fait » et « plutôt oui »

51% répondaient « plutôt non » et « non pas du tout »

A la question « A quelle(s) décision(s) souhaiteriez-vous être davantage associée(s) ? », nous avons recueillies les données suivantes :



Graphique 49 : Décisions auxquelles les médecins généralistes répondants souhaiteraient être davantage associées, exprimées en pourcentage.

63% des médecins répondants souhaiteraient être davantage sollicités avant toute décision de retour au domicile.

42% aimeraient être consultés dans la prise de décision d'arrêt ou non des soins curatifs.

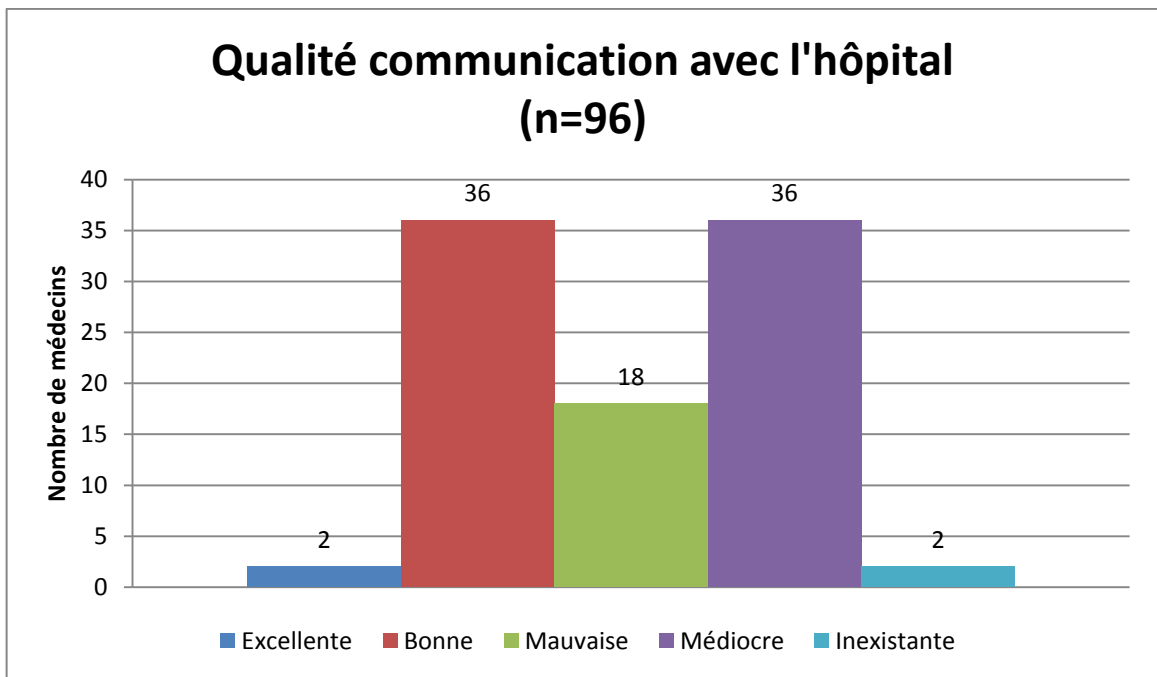
40% voudraient participer au choix du parcours de soins de leurs patients.

13,5% tiennent à prendre part aux décisions thérapeutiques.

12% n'ont pas répondu à cette question.

3.2.8. Communication ville-hôpital

A la question « Comment jugez-vous la circulation de l'information entre l'hôpital et vous ? » voici les résultats rapportés :



Graphique 50 : Description de la qualité de la communication entre les médecins généralistes de l'étude et l'hôpital.

37,5% décrivent la communication ville-hôpital comme bonne.

37,5% la considèrent médiocre.

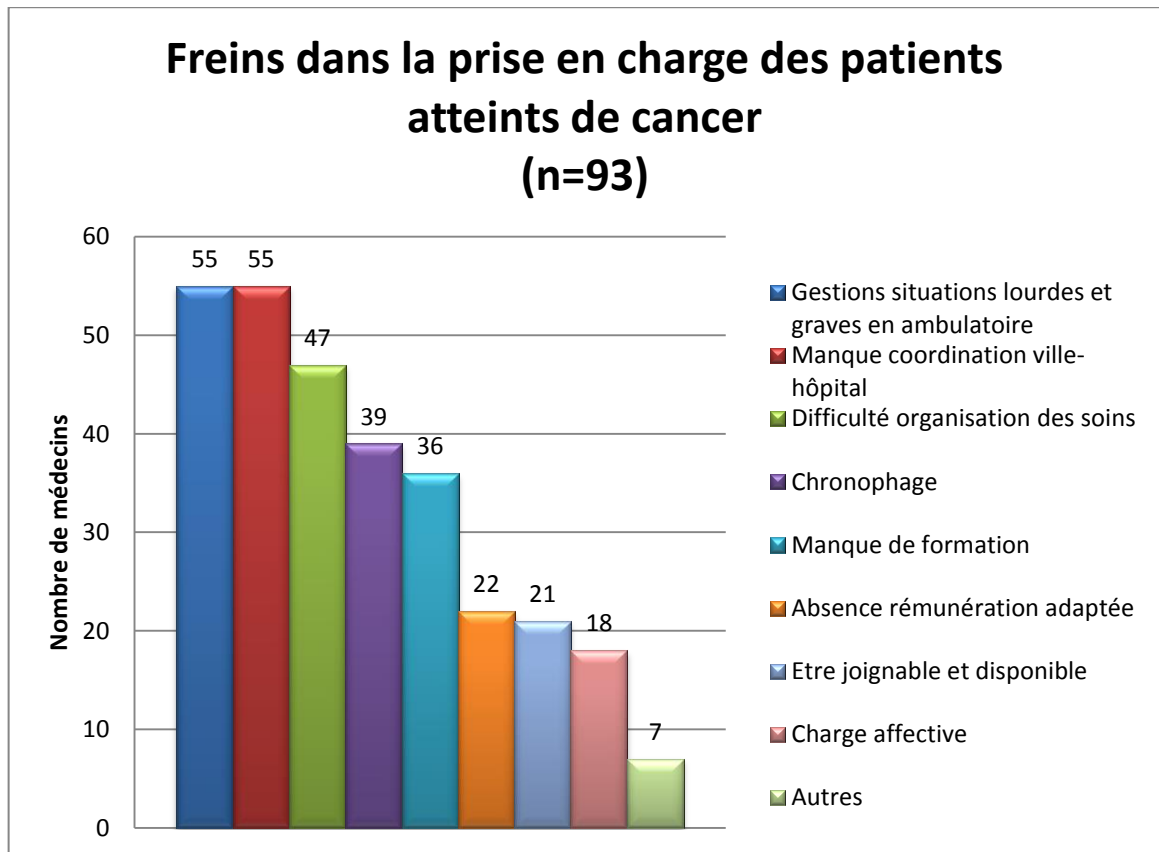
19% la qualifient de mauvaise.

3% pensent qu'elle est excellente.

3% la caractérisent comme inexistante.

3.2.9. Contraintes dans la pratique quotidienne

Enfin, nous souhaitons comprendre quels étaient les freins possibles dans la pratique quotidienne des médecins généralistes concernant la prise en charge des patients atteints de cancer. Plusieurs réponses étaient possibles. Voici les résultats obtenus :



Graphique 51 : Description des contraintes dans la pratique quotidienne des médecins généralistes pouvant altérer la qualité de leur prise en charge des patients atteints de cancer.

Voici décrite de manière décroissante, les contraintes rencontrées par les généralistes dans leur exercice quotidien, et estimées comme freins pour la prise en charge de leurs patients atteints de cancer :

- De façon équivalente, les médecins ayant participé à cette étude déclarent que la gestion des situations lourdes et graves en ambulatoire ainsi que le manque de coordination ville-hôpital constituent les principales difficultés dans la prise en charge du cancer.
- Dans cette même thématique, l'organisation difficile des soins par la nécessaire pluridisciplinarité des intervenants vient en second.

- 39 médecins sont gênés par le caractère chronophage.
- Puis, 36 soulignent de nouveau le manque de formation.
- L'absence de rémunération adaptée pour 22 d'entre eux
- La nécessité d'être joignable et disponible
- Enfin, la charge émotionnelle

Cette dernière question laissait la possibilité de réponses libres. Voici les commentaires recueillis :

« ...je ne suis pas plus freiné par plus de contraintes pour ces patients là que pour d'autres... »

« Nous gérons les complications les soirs après 17h et le week-end !!!! »

« La prise en charge est en général hyperhospitalisée car hypertechnique et protocolisée. Le médecin traitant ne peut (et ne doit ?) que travailler à la marge, ce qui n'est pas dire que ce n'est pas là que se jouent des choses importantes »

« J'accepterai de participer à une FMC en cancérologie pour donner une formation aux différents spécialistes sur la médecine générale et le suivi des cancéreux »

« Une histoire récente...j'avais adressé à l'hôpital une femme pour échographie abdominale, une histoire douloureuse déjà explorée par gynéco et spécialiste digestif 2 mois auparavant, négatif. Le service d'imagerie constatant l'apparition d'une anomalie douteuse sur le périnée me contacte pour m'informer en TEMPS REEL, afin de compléter par scanner dans la foulée : ceci est un modèle de bonne coopération et d'échange+++ (diagnostic sans délai !) »

« ...le manque de reconnaissances »

« Manque de formation concernant les soins palliatifs et soins de fin de vie en HAD »

« On ne peut pas généraliser... une donnée très importante et totalement absente du questionnaire : chaque patient est différent... on ne peut pas traiter un sujet tel sans le dire... qui dit patient différent dit accompagnement différent... »

« Passage obligé par les urgences lors d'une ré-hospitalisation »

« Les oncologues »

« Le manque d'information rapide sur chaque patient »

« Communication avec le CH très difficile ; attente des courriers du CH... »

4. DISCUSSION

4.1. DISCUSSION DE LA METHODE

4.1.1. ETUDE PATIENTS

4.1.1.1. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon dans l'enquête « patients » est limitée, bien que nous ayons pu assurer une égale répartition par sexe, et par stade de la pathologie actuelle (extension métastatique ou non métastatique).

Les résultats obtenus avec ce groupe d'étude pourront être comparés avec les données d'étude de plus grand effectif mais ne pourront être utilisées comme valeurs significatives et représentatives de l'ensemble de la population française actuellement en cours de chimiothérapie pour cancers solides.

4.1.1.2. Taux de réponse

Le taux de réponse de 100% est optimal. Ce résultat est inhérent au choix de la technique de recueil.

4.1.1.3. Type d'étude

Comme tout type d'étude déclarative, nous imposons ici des propositions de réponses pré-établies, auxquelles le patient doit se soumettre. Ces réponses peuvent ne pas être le reflet exact de leurs pensées, leurs actions, mais toutefois s'en approcher. Ceci constitue en ce sens un biais.

De plus, mus par la pudeur, la crainte du non-respect de l'anonymat, la peur du jugement, les patients ont pu être amenés à donner des réponses erronées.

La mauvaise compréhension ou interprétation des questions et réponses a pu être limitée par ma présence et la possibilité d'en expliquer les tenants et aboutissants.

L'atout de cette étude repose sur la parole donnée aux acteurs principaux que sont les patients, et en particulier durant une phase active de leur parcours de soins qu'est le traitement par chimiothérapie. La perception de l'implication des médecins généralistes dans leur prise en charge permettra de dégager des pistes quant à la possibilité d'une meilleure intégration.

4.1.2. ETUDE MEDECINS

4.1.2.1. Taille et choix de l'échantillon étudié

Notre effectif de départ était de 288 médecins généralistes : 200 issus de la liste de correspondants du réseau ROHLim, 88 issus de la liste de correspondants du service qualité du CH Saint Junien.

Afin d'obtenir un plus grand échantillon, nous aurions pu étendre le nombre de participants extraits de la liste du ROHLim.

4.1.2.2. Taux de participation

Le taux de réponse est plutôt satisfaisant, 35%, en comparaison avec d'autres études réalisées sur un sujet similaire.

Afin d'obtenir un meilleur résultat nous aurions pu :

- Utiliser un autre support, par enquête téléphonique par exemple. Or, ce mode de recueil peut constituer un frein en lien par le non-respect de l'anonymat et donc une moindre liberté de réponse. La spontanéité téléphonique peut biaiser certains résultats quand un temps de réflexion pourrait être nécessaire.

L'envoi de questionnaires par courriel constituait une autre option. Il faut pourtant faire face à la non informatisation de certains cabinets médicaux.

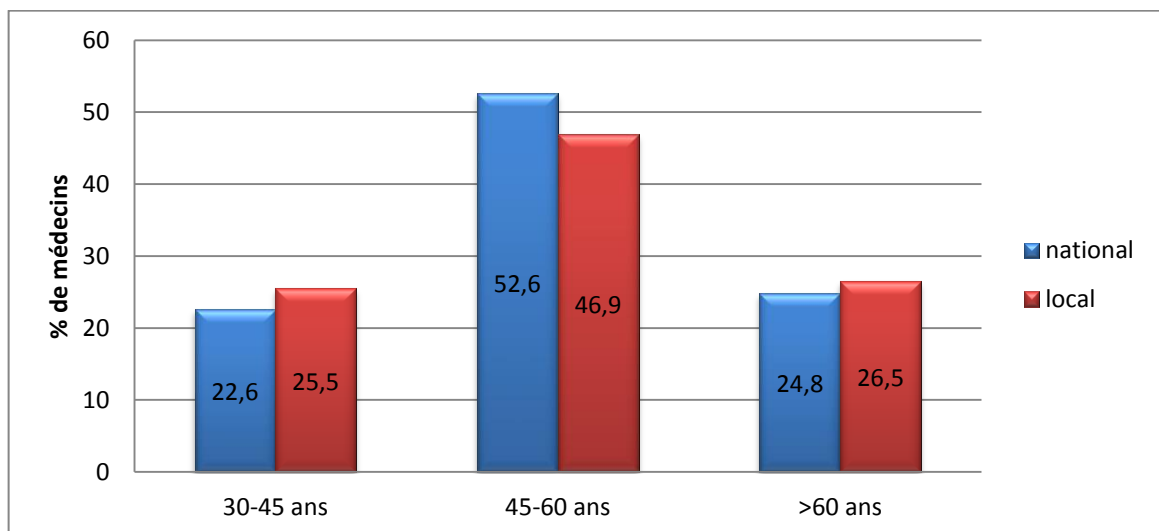
4.2. DISCUSSION DES RESULTATS

4.2.1. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REpondANTS

Nous avons recueillis les données de 98 médecins répartis sur l'ensemble du territoire de la Haute-Vienne. Ce nombre correspond à un groupe homogène représentatif des médecins généralistes du département, et par extension des médecins généralistes français.

En effet, si l'on observe la répartition par sexe, 39.2% des médecins répondants sont des femmes, 60.8% sont des hommes. Sur le territoire national au 1^{er} janvier 2013, 42.3% des généralistes étaient des femmes. Cependant d'après l'atlas démographique du Limousin en 2013, en Haute-Vienne 46% des médecins généralistes étaient des femmes, ce qui est supérieure à la moyenne nationale et au panel de médecins répondants.

Concernant la répartition par âge, l'âge moyen est de 52 ans sur le plan national, 51 ans en Haute-Vienne. La répartition par tranche d'âge est comparable pour l'échantillon de médecins participants.



Graphique 52 : Comparaison de la répartition par tranche d'âge entre l'échantillon de médecins de notre étude et les chiffres nationaux.

Concernant le mode d'exercice, en France seulement 29% des médecins exercent en activité libérale de façon individuelle. Dans notre échantillon, les généralistes travaillent de manière équivalente en activité de groupe et individuelle (49%). Cette tendance au travail au sein d'un groupe mono-disciplinaire ou pluridisciplinaire est en évolution constante depuis de nombreuses années. Plus les médecins sont jeunes plus ils ont tendance à s'associer (66).

Ce phénomène reflète l'évolution globale et sociétale de la médecine générale (67). Plusieurs explications sont possibles :

- Tout d'abord des avantages financiers. Le partage des dépenses et investissements pour le cabinet, réduit considérablement le coût global des frais de fonctionnement (secrétariat médical, achat de matériel, loyers ou crédits d'achat des locaux...) (68)
- Des avantages sur le plan organisationnel et une meilleure répartition du temps de travail (voire une diminution hebdomadaire) : La permanence des soins pourra être assurée par un confrère, même si un évènement soudain et imprévu empêche l'un des médecins d'assurer son temps de travail. Le recours à un remplaçant est parfois difficile, leur disponibilité en situation d'urgence est bien souvent compromise. A cela peut s'ajouter la possibilité d'un meilleur partage des temps de présence au cabinet et en visite, toujours dans une volonté d'assurer la permanence des soins, en particulier dans des zones à faible densité médicale.
- L'exercice individuel peut être grisant lorsque survient un doute, une interrogation sur une problématique médicale. La rapidité de la communication vers un confrère présent assure un gain de temps, lorsque parfois prendre un avis téléphonique peut devenir chronophage.
- Enfin, la féminisation de la profession, vue précédemment, peut être une explication. La recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et personnelle fait partie des prérogatives fréquentes. Et ceci impose une modification de l'activité professionnelle, dont le regroupement en groupe de pairs fait partie, tout comme la réduction du temps de travail et le recours au temps partiel.

Concernant l'activité cancérologique des médecins généralistes, en France en 2009, d'après l'Observatoire de Médecine Générale, le nombre moyen de patients atteints de

cancer par médecin était de 20.4 (69). Ce chiffre correspond aux résultats obtenus par l'interrogation des médecins de notre étude, 40% d'entre eux ont entre 11 et 30 patients actuellement suivis en oncologie.

4.2.2. IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES EN CANCEROLOGIE

4.2.2.1. Prévention

Un des objectifs du nouveau plan cancer 2014-2019 est de réduire de moitié le nombre de décès par cancers évitables par la modification des comportements.

En ligne de mire le tabac. En effet le tabagisme est la première cause de cancer évitable en France (70).

Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer chez l'homme, la deuxième chez la femme après le cancer du sein.

Suite à une série de 8 mesures axées sur cette lutte anti-tabac extraites du premier plan cancer (36), en 2003 nous observons une discrète régression de la consommation nicotinique. La hausse progressive des prix de vente (en particulier la part des taxes permettant en contrepartie de financer cette lutte), l'aide au sevrage tabagique par le remboursement forfaitaire des substituts nicotiques (71), l'interdiction de fumer dans les lieux publics (72), auront eu un impact modéré et de courte durée. En effet, depuis 2006 nous assistons à une légère reprise de la consommation, passant de 27% en 2005 à 29.1% en 2010.

D'après une étude de 2010, 50% des 15-85 ans se déclarent « très bien informés » sur le tabac, et plus de la moitié, soit 58.1% rapportent « ne pas craindre du tout » les maladies qui en sont liées.

Pourtant l'exposition au tabac n'augmente pas uniquement le risque de survenue de cancer du poumon, mais également dans les cancers des voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage), de l'estomac, de la vessie, du pancréas.

La France est plutôt mauvaise élève en ce qui concerne le sevrage tabagique. D'après les résultats de la seconde vague de l'étude ITC, nous nous plaçons dans l'avant dernier rang parmi les 19 pays participants, en ce qui concerne la proportion de fumeurs ayant reçu des conseils par leur généraliste pour arrêter le tabac, au cours d'une consultation de routine dans les 6 derniers mois. Ils ne sont que 28% à déclarer avoir reçu des conseils, contre 74%

aux Etats-Unis, 60% au Brésil,... Le type d'aide est à hauteur de 28% sous forme de conseils, 15% par la fourniture de brochures, seuls 3% ont été orientés vers un programme d'aide au sevrage (73).

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du sevrage tabagique est cependant bien connu. Il a été démontré que l'apport de conseils, mêmes minimaux, délivrés par le médecin à ses patients fumeurs, augmente les chances de sevrage. Le bénéfice serait encore plus important et durable lorsqu'il y est associé un suivi régulier (74).

Voilà sans doute pourquoi le gouvernement, à travers son Programme de réduction du tabagisme prévoit 3 orientations, dont deux placent le généraliste au centre de l'action.

La première, sera *de renforcer l'implication des professionnels de santé libéraux (médecins traitants, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes) et salariés (médecins du travail, infirmières scolaires), ainsi que des établissements de santé (notamment via la charte « hôpital sans tabac »)*

La seconde, sera de créer un numéro unique permettant d'être orienté vers le personnel de santé le plus proche et établir ainsi un programme personnalisé d'arrêt du tabac. Or, en 1998 la ligne téléphonique Tabac Info Service a été créée, simplifiée depuis 2009 par un numéro bref, « 39 89 », présent depuis 2005 sur l'ensemble des paquets de cigarettes en vente. Aussi, depuis 2005, le site internet www.tabac-info-service.fr est venu compléter les outils d'aide au sevrage.

Enfin, le montant du forfait de remboursement des substituts nicotiques prescrits devrait passer de 50 à 150 euros pour 3 populations cibles : les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU-C et les patients atteints de cancer (39).

A noter que ce forfait avait déjà fait l'objet d'une hausse au profit des femmes enceintes depuis le 1^{er} Septembre 2011 (71).

Nous voyons ici la prise en compte, au travers cette politique de santé publique, du rôle d'interlocuteur privilégié entre le patient et son médecin traitant. Toutefois ne serait-il pas judicieux avant tout de comprendre pourquoi les médecins généralistes français semblent délivrer si peu de conseils quant au sevrage tabagique, quels sont les freins éventuels à leur pratique.

Une étude originale s'est penchée sur la question de la formation des généralistes. Elle a permis de comparer 2 groupes de médecins : le premier ayant bénéficié d'une heure de

formation sur le sevrage tabagique, le second sans formation spécifique. Médecins et patients ont été interrogés. Les résultats montrent sans réelle surprise, que les connaissances augmentent la diversité des modalités de sevrage à proposer. Aussi, les capacités acquises par cette brève formation augmenteraient la volonté d'implication du praticien, et donc la fréquence de questionnement des patients sur leur consommation tabagique serait plus importante, ainsi que la délivrance de conseils. Il n'a pas été montré de différence significative en ce qui concerne les modalités de suivi, l'arrêt effective du tabac et sa durée dans le temps (75).

Le manque de temps semble être un facteur limitant les actions de prévention des généralistes. De fait, ils amènent leurs patients à réfléchir sur leur propre responsabilité quant à leur mode de vie, à devenir les acteurs de leur santé. Aussi, ils sont amenés à les orienter fréquemment vers des méthodes alternatives (76).

Le conseil minimal, qui se résume à 2 questions : « Fumez-vous ? », puis « Désirez-vous arrêter de fumer ? » devrait donc se généraliser dans la pratique quotidienne des médecins traitants. Associé à un support médicamenteux et un suivi régulier, le taux de sevrage tabagique augmenterait significativement (77).

D'après une étude réalisée en 2007 en France sur le pays d'Anceis, 61% des fumeurs déclaraient n'avoir jamais entendu le conseil minimal, 65.5% des anciens fumeurs non plus (78).

Seulement, la prise en charge du sevrage tabagique est compliquée, elle est chronophage, demande des connaissances, des négociations, et parfois égrenée de rechutes. Certains médecins peuvent se sentir peu efficaces (79).

A cela s'ajoute le fait qu'outre le tabagisme, le médecin doit aborder d'autres sujets de prévention (diabète, dyslipidémie, surpoids,...), de santé publique, et répondre à la problématique aigüe qui a conduit à la consultation du jour. La consultation moyenne en France n'est que de 16 minutes (80). L'idéal serait de consacrer, pour chaque patient, une consultation spécifiquement dédiée à la prévention des facteurs de risque, ceux que prévoient les textes officiels (81).

Voici deux exemples de modèles existants :

- Depuis le 1^{er} Octobre 2006, un entretien de santé est proposé à titre gratuit à toutes les filles de 12 ans et garçons de 13 ans sur 3 départements (Yvelines, Gironde, Aisne). Ainsi les familles reçoivent de leur caisse primaire une invitation à participer avec un bon de prise en charge de 100%, à remettre au médecin choisi librement. Cette consultation est délivrée par les médecins généralistes et pédiatres, dure environ 45 minutes et est rémunérée à hauteur de 2.5C (38)
- Depuis janvier 2004, un partenariat établi entre l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France, a permis à 600 étudiants de bénéficier d'une consultation de prévention et dépistage annuel (82).

Ainsi, nous pourrions imaginer généraliser ce type de dispositif à l'ensemble de la population française, à raison d'une consultation annuelle, avec une revalorisation à l'acte pour les praticiens.

4.2.2.2. Dépistage-diagnostic

De nos jours, par l'intermédiaire d'un vaste panel de supports d'information, la population est plutôt bien informée quant aux premiers signes évocateurs de cancer. Ce phénomène aurait tendance à raccourcir le délai de prise en charge entre la date d'apparition des symptômes et la consultation médicale. Selon une étude incluant plus de 10 000 patients anglais atteints de cancer, cet intervalle de temps serait en moyenne de 10 jours (83).

Nous savons combien la nature de la relation de confiance établie entre un médecin traitant et son patient peut influencer ce délai de consultation. En France, le médecin traitant

reste l'interlocuteur privilégié en cas de recours aux soins primaires. En effet, depuis la mise en place du parcours de soins coordonné le 13 Aout 2004, chaque assuré doit désigner un médecin référent, qui planifiera si besoin l'intervention auprès d'autres professionnels de santé (84). Dans la quasi-totalité des cas (99.5%), le médecin généraliste est désigné (85).

Face à l'apparition de divers signes cliniques, les médecins référents sont donc sollicités de prime abord. Leurs connaissances médicales associées à la connaissance de leurs patients permettent de distinguer ces évènements en sous-groupes : « grave », « suspect », « à surveiller », « anodin », etc.

Dans notre étude, les médecins répondants semblent très impliqués dans la phase diagnostique du cancer : 90% par la prescription de l'examen ayant conduit à la découverte néoplasique, 77% en adressant à un confrère spécialiste. Un fait que semblent partager les patients interrogés, à hauteur de 67.5%. D'autres enquêtes apportent des résultats comparables. Ces chiffres montrent aussi, que les médecins généralistes français optent plus facilement pour la prescription d'examens complémentaires à visée diagnostique avant même de passer la main à leurs confrères spécialistes. Nous pouvons en déduire une volonté forte de participer au processus de prise en charge de leur patient (86).

L'implication précoce de ces médecins serait à rapprocher de l'ancienneté des patients dans la clientèle, ce qui n'a pas pu être démontré dans notre enquête.

Avant le processus de diagnostic, une autre démarche dans laquelle est fortement impliqué le généraliste, reste le dépistage.

Selon l'OMS, il est défini comme « *l'identification présomptive d'une maladie ou d'anomalies non reconnues au moyen de tests, d'examens ou d'autres méthodes pouvant être appliquées rapidement* » (87). Sont utilisés à cet effet des « *tests simples dans une population en bonne santé pour recenser les sujets qui présentent la maladie mais qui n'en ont pas encore les symptômes* » (88).

Pour être entrepris, ces programmes doivent remplir certaines conditions :

- Avoir prouvé leur efficacité
- Avoir les ressources suffisantes pour couvrir l'ensemble du groupe cible
- S'assurer de l'existence de moyens de confirmation diagnostic, traiter et suivre ceux qui présenteraient des résultats anormaux

- Une prévalence suffisamment élevée pour en justifier l'effort et le coût
- Etre inoffensif et bien toléré
- Avoir peu de faux positifs et faux négatifs (89)

Il existe aujourd'hui plusieurs pratiques de dépistage :

- Le dépistage organisé, qui s'adresse à l'ensemble des individus d'une population cible, prédéfinie
- Le dépistage individuel, réalisé dans le cadre de la relation médecin/malade, de façon spontanée, à la demande de l'un ou de l'autre

En France, dans le cadre du premier plan de mobilisation nationale contre le cancer, seuls deux programmes de dépistage organisé sont inscrits depuis 2006 dans le code de santé publique : les cancers du sein et cancers colorectaux. Y est également défini le rôle du généraliste : « *Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié des personnes, tant pour l'incitation au dépistage que pour la remise des résultats et le suivi des personnes. Les campagnes ne peuvent se faire sans son adhésion* » (90).

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Tout d'abord concernant le dépistage organisé du cancer du sein, en 2012, 52.7% de femmes de 50-74 ans y avaient participé, avec une évolution croissante depuis 2003 (participation à hauteur de 33%) (91). En pratique, les femmes à partir de 50 ans jusqu'à 74 ans, sont invitées par courrier, à réaliser une mammographie, à renouveler tous les 2 ans en cas de normalité de l'examen.

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal reste faible, de l'ordre de 32.1% sur la période 2010-2011 parmi la population cible des 50-74 ans (92). Le principe repose sur la recherche de sang occulte dans les selles (Hémocult II) parmi les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans. L'invitation est reçue par courrier, auquel doit faire suite la remise du kit de ce test. Il sera finalement envoyée pour analyse vers des centres de lecture agréés (93).

Pour la période 2006-2008, le taux de couverture du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus était de 56.6%, soit 1.4% de moins en comparaison avec la période 2003-2006 (94).

Période étudiée	Population d'étude	Nombre de femmes dépistées	Taux de couverture	Intervalle de confiance à 95 %	
2003-2005	122 447	70 966	58,0 %	57,7 %	58,2 %
2004-2006	123 218	71 415	58,0 %	57,7 %	58,2 %
2005-2007	123 894	71 449	57,7 %	57,4 %	57,9 %
2006-2008	126 450	71 568	56,6 %	56,3 %	56,9 %

Tableau 12 : Taux de couverture du dépistage en France (France métropolitaine et DOM) chez les femmes âgées de 25 à 65 ans (échantillon généraliste des bénéficiaires)

Période étudiée	Population d'étude	Nombre de femmes dépistées	Taux de couverture	Intervalle de confiance à 95 %	
2003-2005	118 753	69 355	58,4 %	58,1 %	58,7 %
2004-2006	119 492	69 804	58,4 %	58,1 %	58,7 %
2005-2007	120 160	69 814	58,1 %	57,8 %	58,4 %
2006-2008	122 634	69 867	57,0 %	56,7 %	57,2 %

Tableau 13 : Taux de couverture du dépistage en France métropolitaine chez les femmes âgées de 25 à 65 ans (échantillon généraliste des bénéficiaires)

Depuis 1990, 4 départements français pilotes ont mis en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, invitant ainsi les femmes de 25 à 65 ans à réaliser un frottis cervico-vaginal, seul test de référence actuellement. Le taux de couverture global résultant de ces expériences semble être plus élevé (jusqu'à 71%). Depuis 2009, 9 autres départements se sont lancés dans la mise en action de programme de lutte contre le cancer du col utérin. A ce jour, aucun résultat n'a encore été publié (95).

Fort de ces expériences, peut-être pourrait-on envisager d'étendre ces pratiques à l'ensemble du territoire nationale.

D'autant que, des études menées sur le territoire européen, ont mis en évidence l'intérêt d'un dépistage organisé par l'augmentation du taux de couverture et la baisse du taux d'incidence (96). Les effets sur la mortalité sont plus controversés (97).

Les actions de détections précoces des cancers de la prostate font l'objet actuellement de recommandations de bonnes pratiques. L'objectif est double : ne pas sous-traiter et ne pas sur-diagnostiquer. Voilà pourquoi en 2010 l'HAS confirmait la non-recommandation d'un dépistage systématique, en accord avec les recommandations étrangères actuelles (98).

C'est en particulier dans ce contexte que le rôle du médecin généraliste est central et multiple, tant dans ces démarches organisées et individuelles, ce que confirme la mesure 16 du second plan cancer (37).

Il a tout d'abord un rôle incitatif majeur. En effet il a été démontré que, l'absence de recommandation du médecin traitant concernant le dépistage colorectal, était une des principales causes de non réalisation du test Hémocult II (99).

Il faudrait donc comprendre et agir sur les freins des praticiens afin d'améliorer leur propre adhésion. Ils seraient pourtant 66% à considérer leur rôle indispensable dans le dépistage du cancer colorectal, 60% pour les cancers du sein et de la prostate, 49% seulement pour le cancer du col de l'utérus. Lorsque l'on compare ces données à celles portant sur l'efficacité prouvée des actes de dépistage, on constate en premier lieu un certain scepticisme vis-à-vis du dépistage prostatique par dosage du PSA (46% répondaient « oui tout à fait » quant à l'efficacité). Alors que 79% notaient une efficacité certaine du frottis cervico-vaginal, leur participation ne leur semble cependant pas central. Peut-être que le partage de cette action de dépistage avec d'autres professionnels de santé (gynécologues, sage-femme) explique cette discordance.

En l'absence de recommandations fermes et de données prouvant la sensibilité et la spécificité des tests de dépistage, les médecins traitants semblent être plus prudents et plus vigilants quant à ces pratiques. Il faudrait donc établir des recommandations plus précises pour répondre à ce problème. De meilleures

connaissances permettrait d'assurer une meilleure éligibilité, améliorerait le sur-diagnostique.

A cela s'ajoute un rôle explicatif. Le déroulement des examens, leur caractère plus ou moins invasif, douloureux, leur fréquence sont des questions fréquentes parmi la patientèle. Le but, les conséquences en cas de résultats positifs ou négatifs sont d'autres interrogations, qui lorsqu'elles obtiennent réponses, facilitent de façon certaine l'adhésion du plus grand nombre et augmente ainsi le taux de couverture. C'est en ce sens que l'HAS préconise un dialogue entre le patient demandeur et le médecin détenteur des informations médicales, avant toute orientation vers la réalisation d'examens de dépistage du cancer prostatique. Or, la pression exercée par les patients inquiets et mal informés, majorée par une sur-médiatisation de la problématique est parfois difficile à porter. Et s'en suit alors une prescription inadaptée et abusive.

Peut-être serait-il possible de produire une campagne d'information de la population générale, sur le même mode que d'autres actions de prévention et dépistage existantes. Sensibilisée aux dernières recommandations, la population cible serait moins demandeuse, et appuierait ainsi le dialogue et la relation de confiance médecin/patient.

Enfin, l'analyse et la gestion des résultats constituent des points d'intérêts importants.

L'ajout de recommandations comme nouveaux indicateurs dans les ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) pourraient constituer des mesures incitatives de suivi de bonnes pratiques. Le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus en font déjà partie (100).

4.2.2.3. Annonce

En réponse aux demandes des malades, un dispositif d'annonce a été mis en place, dans le cadre du plan cancer 2003-2007. Cette action a été renforcée par la mesure 19.1 du second plan cancer.

Ces recommandations ont été élaborées en vue d'une généralisation aux établissements de santé.

Qu'en est-il en pratique en milieu libéral ? Lorsque que l'on sait que le médecin traitant est l'intervenant de premier recours. La prescription d'examens complémentaires, l'envoi vers un spécialiste sont sources d'interrogations et de suspicions des patients. Comment y répondre ? Doivent-ils ou non évoquer le diagnostic de cancer ?

Dans notre étude, 75% des médecins généralistes répondants se sentent impliqués dans cette annonce. 78% auraient déjà pratiqué une consultation spécifiquement dédiée à cet effet.

Ces chiffres semblent discordants comparés à la proportion de patients répondants. Ici, 17.5% seulement se sont vu annoncer leur cancer par leur médecin traitant. La plupart ont reçu l'information par un confrère spécialiste.

L'annonce à la famille est quant à elle en majorité faite par le patient lui-même (62.5%).

Les médecins traitants participent à ce processus mais dans la majorité des cas l'annonce finale est assurée par les spécialistes. Ainsi les taches sont partagées. Certains praticiens voient leur rôle comme préparateur de l'annonce définitive à venir, en évoquant l'idée parmi d'autres diagnostics possibles. Ainsi l'annonce est estimée plus facile à recevoir car déjà prise en compte par le patient.

Mais, il semble difficile devant une suspicion forte de cancer du col de l'utérus par exemple, dont le résultat a été reçu conjointement par la patiente et le médecin traitant, de ne pas parler de cancer. Les circonstances ayant mené aux diagnostics jouent un rôle prépondérant dans le choix de l'acteur de l'annonce.

Bien que le dispositif mis en place s'inscrive dans une volonté forte d'accompagnement psycho-sociale du malade, le généraliste reste l'interlocuteur privilégié. Nous pouvons le retrouver dans notre étude. 55% des patients interrogés font appel à leur médecin traitant

lorsqu'ils ont une question concernant leur maladie. Une meilleure connaissance du contexte psycho-social, de l'entourage familial, et de la personnalité propre du patient permettent aux généralistes d'adapter leurs discours en fonction du malade.

L'annonce de cancer est évidemment difficile pour le patient mais elle l'est également pour le médecin. Ici, 7.5% déclarent percevoir la charge affective comme un frein à la prise en charge des patients atteints de cancer.

Afin d'apporter quelques ressources supplémentaires, une étude publiée en 2013, ouvre la réflexion sur des pistes possibles à la pratique de l'annonce en milieu libéral. L'écoute reste le maître mot. Le fractionnement des consultations permet de répondre à la limite des capacités de mémorisation (101), surtout en face de sidération possible. Cela oblige à les revoir à distance pour savoir ce qui a été entendu, retenu, compris, ce qui rejoint la pratique en établissement de soins.

La conclusion reste qu'il n'existe pas de méthode de communication parfaite. Une formation polyvalente est la clef (102). Elle pourrait être le sujet d'une FMC. Dans notre enquête, 25% des médecins répondants souhaiteraient avoir une formation sur le thème de l'annonce diagnostique.

Bien sûr, lorsque l'annonce est faite, des questions plus précises concernant la maladie, les traitements envisagés, le pronostic, viennent s'ajouter. Des interrogations pour lesquelles les généralistes éprouvent souvent des difficultés, du fait d'un manque de connaissance dans un domaine trop spécifique. Il est donc évident que des interventions partagées entre ces différents acteurs de la vie du malade nouvellement diagnostiqué restent un gage de prise en charge optimale (86).

4.2.2.4. Formation

Nous avons pu constater dans notre étude que l'activité oncologique des médecins généralistes de Haute-Vienne est variable : 40% d'entre eux suivent entre 11 et 30 patients, 9% assurent le suivi de plus de 30 malades du cancer.

Quel que soit ce niveau d'activité, le médecin traitant doit être capable de répondre aux difficultés rencontrées par leurs patients durant leurs parcours de soins.

A la question « pensez-vous que vos compétences vous permettent de prendre en charge les patients atteints de cancer de façon optimale ? », 50% des médecins répondants estiment que non (43% « plutôt non » et 7% « non pas du tout »).

Ceci signifie donc que, ces mêmes médecins doivent intervenir auprès de ces malades, sans disposer de l'ensemble des connaissances nécessaires.

Alors qu'ils estiment en majorité (79%) leur niveau de compétence en terme de gestion de la douleur plutôt satisfaisante, ils sont 64.5% à déclarer de pas être à l'aise concernant la gestion des effets secondaires liés au traitement. Dans d'autres travaux comparables, les médecins jugent leur formation initiale insuffisante ou rapidement obsolète (103).

Les médecins sont conscients de la problématique posée par le manque de connaissance dans le domaine de la cancérologie. Pour 38.7% d'entre eux il le considère comme un frein à la prise en charge optimale de leurs patients. C'est pourquoi, 88% déclarent avoir besoin d'une formation complémentaire dans ce domaine. 85% seraient d'accord pour participer à une FMC sur cette thématique. Les thèmes de prédilection sont par ordre croissants :

- 88%, suivi du traitement (tolérance, prise en charge des effets secondaires)
- 69.8%, prise en charge palliative
- 66%, grands principes thérapeutiques selon la localisation tumorale et le stade de la maladie
- 39.5%, dépistage
- 33.7%, prévention
- 30%, prise en charge psycho-sociale
- 25.6%, annonce

Les connaissances des thérapeutiques, des effets secondaires inhérents, du choix des prises en charge selon la pathologie restent les priorités en termes de volontés d'apprentissage. Il est vrai que l'évolution permanente des protocoles et recommandations dans ce domaine représente une difficulté certaine, rendant rapidement obsolètes les connaissances au préalable acquises.

Le manque de temps semble être un facteur de causalité limitant l'adhésion aux formations complémentaires lorsqu'elles sont disponibles. Vient ensuite le peu de pertinence des sujets proposés.

Cependant, la Formation Médicale Continue est la méthode de formation la plus pertinente et accessible (103).

La loi HPST de Juillet 2009, a instauré l'obligation de Développement Personnel Continu (DPC) des professionnels de santé (32). Depuis le 1^{er} Janvier 2013, pour satisfaire à cette obligation, ils devront s'inscrire à un programme annuel ou pluriannuel de DPC comportant 2 activités : une analyse des pratiques et un approfondissement (ou acquisition) de compétences/connaissances. En milieu libéral, les médecins choisissent leur organisme enregistré par l'OGDPC (Organisme Gestionnaire du Développement Personnalisé Continu). La promotion de ces actions auprès des médecins est assurée par les URPS (Union Régionale des Médecins Libéraux) de chaque région. Dans cette perspective l'HAS reste ouverte quant à l'évolution de ces programmes selon les besoins et les données bibliographiques (104).

Nous pourrions proposer d'imposer annuellement, en conformité avec les objectifs précédemment cités, une thématique oncologique au cours de ces modules de DPC, à destination des médecins généralistes.

D'autre part, considérons maintenant la formation initiale universitaire.

A l'issue de l'obtention de la PACES, puis du PCEM2, les études médicales se poursuivent par un troisième cycle. Il constitue la base de l'apprentissage clinique, composé de 11 modules transversaux, dont le module 10 « cancérologie, hématologie » (105). Les objectifs généraux sont ainsi définis : « *L'étudiant doit connaître les stratégies de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des principales tumeurs bénignes et malignes, afin de participer à la décision thérapeutique multidisciplinaire et à la prise en charge du malade à tous les stades de sa maladie* ». Ils sont complétés par des items pour la plupart spécifiques

d'organes, associant descriptions et classifications précises par type de cancer et principes thérapeutiques qui en découlent (64). Ces enseignements théoriques sont donc peu adaptés à la formation de futurs médecins généralistes, bien que nécessaire à l'acquisition de connaissances qui perdureront sans doute plus tard et aideront à la compréhension des prises en charge initiées par des confrères spécialistes.

A cela s'ajoute le fait que, tout au long de ce second cycle, aucun stage pratique en service de cancérologie n'est obligatoire.

Quant à l'accès au troisième cycle des études médicales, depuis 2004, chaque étudiant a l'obligation de se présenter à l'Examen National Classant, au sortir duquel il aura accès à l'obtention d'un DES. Durant la formation pratique et théorique de 6 semestres nécessaire à la validation du diplôme de DES en médecine générale, encore une fois aucun stage n'est obligatoire en cancérologie.

4.2.2.5. Un suivi médical partagé, la communication ville-hôpital

Nous l'avons évoqué plus haut, l'évolution de la cancérologie dans son ensemble, tend à développer une médecine de plus en plus spécialisée et technique dans des centres de hautes spécificités au contact d'une recherche innovante. Ce phénomène creuse encore davantage le fossé existant avec la médecine générale, plus statutaire et isolée en secteur libérale.

Pourtant les patients atteints de cancer ont besoin de la participation de chacune de ces compétences pour une prise en charge de qualité (64). C'est de cette perspective que sont inspirées les mesures des plans cancers successifs, afin de définir le rôle de chacun et ainsi obtenir une collaboration optimale.

Certes, s'il est vrai que les généralistes ne participent pas au choix du traitement initial (seulement 7% d'entre eux), et environ 18% souhaiteraient pourtant être associés lors des prises de décisions thérapeutiques, au cours des RCP. Or, ils restent très impliqués tout au

long du parcours de soins de leurs patients. Ainsi dans notre enquête réalisée auprès des patients actuellement traités par chimiothérapie, on constate que la fréquence de consultation depuis traitement est plus importante. Le nombre de personnes consultant au moins 1 fois par mois a en effet été multiplié par 5. Toujours d'après notre étude d'opinion, 50% des patients considèrent que leur généraliste s'occupe à la fois des problèmes en lien avec la pathologie cancéreuse et ceux sans rapport. Nous savons aussi, que ces médecins traitants, au-delà du domaine médical, investissent du temps à accomplir des tâches administratives. Les prescriptions d'arrêt de travail, les demandes de prise en charge ALD, les demandes d'intervention d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux, n'échappent pas à leur contribution (86).

Une étude auprès de médecins généralistes norvégiens révèle 3 domaines de compétences dans la relation avec leurs patients atteints de cancer. En premier lieu la médiation, entre les spécialistes et les patients. Secondairement les interventions de terrain, avec une prise en charge médicale polyvalente localement. Enfin le support affectif et le rôle de compagnon (106).

On le voit donc, la communication entre les intervenants est essentielle dans la prise en charge de la maladie cancéreuse. Pourtant, sur le plan pratique, elle apparaît de façon récurrente comme un problème (107).

Les médecins généralistes de Haute-Vienne ayant participé à cette étude sont 59% à considérer le manque de coordination ville-hôpital comme frein pour la prise en charge de leurs patients atteints de cancer. 58% caractérise la qualité de leur communication comme mauvaise (19% « mauvaise », 37% « médiocre », 2% « inexistante »).

De quelles façons pourrait être améliorées la qualité des échanges entre les professionnels de santé impliqués ?

D'abord, de façon naturelle, dans la première phase de prise en charge diagnostique des patients, les médecins généralistes tendent à sélectionner les confrères spécialistes vers lesquels leurs patients seront orientés, selon leur degré d'affinité. Le choix de l'équipe traitante reposerait sur plusieurs critères, par ordre croissant :

- La qualité de la relation
- La renommée de l'équipe spécialisée
- La volonté du patient

Le recours à des réseaux personnels de confrères spécialistes garantit la qualité des échanges futurs et donc un meilleur suivi du patient (108). L'élaboration d'un réseau de professionnels est un élément essentiel et un gage de qualité de travail pour tout médecin traitant exerçant en libéral (109). Ceci permet également de partager davantage d'informations plus personnelles relatives au malade qui pourraient être prises en compte lors de décisions thérapeutiques. Les médecins traitants interrogés, ayant connaissance de données sociales, familiales et environnementales concernant leurs patients souhaiteraient faire entendre leur voix lorsqu'un retour au domicile est envisagé dans les suites d'une hospitalisation (84.7%), ou bien lorsque vient le temps de discuter d'un éventuel arrêt des soins curatifs (56.5%).

Au-delà du choix de l'équipe soignante, et lorsque des contraintes territoriales par exemple ne permettent pas cette qualité relationnelle, il faudrait aussi s'intéresser aux outils de communication.

L'informatisation de l'exercice médical, à l'heure de l'ère du tout numérique, semble être indispensable (110).

Depuis 2009, la télémédecine est un exercice réglementé (111), qui progressivement et par des actions localisées permet de répondre partiellement au problème de démographie médicale (112). La multiplication des vecteurs d'informations médicales, conduisent à des recherches mal orientées du patient sur le web, offrant des informations erronées, à velléité commerciale parfois. Les conséquences sont souvent l'autodiagnostic et l'automédication pouvant être nuisibles pour le patient. C'est dans ce contexte que les médecins ont un rôle prépondérant à jouer.

Afin de les aider dans cette démarche, le CNOM a publié en 2012 un Livre Blanc (113), construits selon 5 axes de préconisations :

- 1) Mettre le web au service de la relation médecin-patient
- 2) Contribuer à la production de l'information en santé
- 3) Faire un usage responsable des médias sociaux numériques
- 4) Définir le cadre du télé-conseil
- 5) Reconnaître l'acte de conseil par téléphone ou courriel ou un patient habituellement suivi

Aujourd'hui en France, une expérience inédite de télémédecine en cancérologie est menée depuis 2010, à l'hôpital européen Georges Pompidou. Afin de réduire le temps d'attente avant chimiothérapie, les équipes médicales ont mises en place le protocole de soins suivant :

- réalisation du bilan biologique en ville 72 heures avant la date prévue du traitement
- transmissions des résultats vers un centre d'appel spécialisé en oncologie
- 48 heures avant la chimiothérapie, une infirmière de ce centre contacte par téléphone les patients. Elle remplit un questionnaire relevant les évènements de l'inter-cure notables, les toxicités éventuelles, l'état général des patients
- transmission de ces informations au médecin, par messagerie sécurisée, qui validera ou non la cure des patients attendus le lendemain, et lancera la préparation des produits qui seront prêts dès l'arrivée du patient.

De cette expérience, les professionnels de santé disent être satisfaits ce qui concourt à un meilleur accueil et une plus grande qualité de prise en charge (114).

On pourrait imaginer que ce type d'expérience pourrait être généralisé à l'ensemble des centres agréés en cancérologie, en permettant aussi l'accès des données au médecin traitant.

C'est ce qui est actuellement proposé par le système de DCC, Dossier Communicant en Cancérologie et le PPS. Ce sont actuellement des outils de communications essentielles. L'intérêt est de favoriser leur développement et leur utilisation de façon pérenne (115). En 2011, le taux de remise du PPS était de 80%

sur 18 sites pilotes parmi les 35, avec un taux moyen de 64%. Dans 93% des cas, une copie avait été transmise au médecin traitant (116).

L'envoi de courrier électronique par messagerie sécurisée est aussi largement utilisé, en particulier en Limousin. Ainsi les comptes rendus de RCP sont accessibles plus rapidement. S'il était possible d'étendre ce mode de transmission d'informations au compte rendu de consultation spécialisée ou d'hospitalisation, la qualité de la prise en charge des patients, dès leur retour au domicile, ne s'en verrait qu'améliorée.

CONCLUSION

La cancérologie se définit par une alliance de compétences nécessaires au service des patients. L'évolution rapide de la recherche à son service en fait une discipline spécialisée et oblige à une mise à jour perpétuelle des connaissances.

Tout au long de leur parcours les patients suivis en oncologie vont être pris en charge par de nombreux intervenants de spécialités médicales, chirurgicales, paramédicales, pharmaceutiques, sociales.

C'est autour de cette pluridisciplinarité que l'une des 3 mesures transversales du second plan cancer 2009-2013 s'est construite. Elle visait à renforcer le rôle du médecin traitant, à tous les moments du parcours de soins : du dépistage au diagnostic, de l'orientation au suivi, jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. Un rôle de coordinateur qui s'ajoutera au rôle de médecin référent déjà défini en 2005.

Les médecins généralistes ont une activité singulière. Ils fournissent des soins complets, selon un champ d'activités étendu, tout en ayant une connaissance personnalisée de la personne dans sa vie sociale, familiale, professionnelle, culturelle...

Peu d'études se sont intéressées à comprendre l'implication de ces médecins dans la filière cancérologie.

C'est de ce constat qu'est venue la motivation quant à l'élaboration de ce travail. J'ai voulu connaître l'implication actuelle de ces médecins face à leurs patients atteints de cancer, leurs difficultés dans leur pratique. Mais aussi comprendre de quelle manière leur implication était perçue par les patients.

Notre étude a montré que les patients restent en grande majorité fidèles envers leur médecin traitant, indépendamment des caractéristiques étudiées.

Il existe une relation de confiance entretenue de sorte qu'il reste l'interlocuteur privilégié face aux interrogations concernant la maladie et de fait la fréquence de consultation augmente avec le début de la chimiothérapie.

Notre travail révèle aussi que le médecin généraliste est impliqué dès les premières étapes de la maladie, en particulier dès la phase diagnostique.

Enfin, les patients confirment la polyvalence de la médecine générale, s'attachant à prendre en charge les problématiques liées au cancer de la même façon que les autres. Nous pouvons déduire qu'ils semblent plutôt satisfaits de leur prise en charge car n'expriment aucune velléité de changement de pratique.

La seconde partie de ce travail, nous montre l'adhésion des médecins généralistes à la volonté de santé publique de renforcer leur rôle en cancérologie.

Actuellement impliqués à tous les stades de la maladie, en particulier dès le dépistage et le diagnostic. Ils souhaiteraient être davantage consultés avant une décision de retour au domicile.

Aussi, notre étude nous apprend leur volonté de se former en cancérologie, bien que la moitié des médecins répondants estiment avoir les compétences nécessaires. Les connaissances théoriques acquises lors des études sont rapidement obsolètes. Une formation régulière de type FMC semble convenir au plus grand nombre. La gestion en ambulatoire des effets secondaires liés au traitement apparaît comme thématique principale et constitue un des freins dans leur pratique.

Les difficultés de communication entre la ville et l'hôpital restent une difficulté substantielle. Les outils de communications déjà proposés dans le but de faciliter la coordination des intervenants pourront être encore développés et étendus.

Une collaboration étroite entre les principaux intervenants, chacun apportant leurs compétences respectives, est la garantie d'une prise en charge optimale au service des patients atteints de cancer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le plus ancien malade du cancer mort il y a 3 200 ans [Internet]. [cité 31 mars 2014]. Disponible sur: http://abonnes.lemonde.fr/sciences/article/2014/03/17/cancer-les-restes-du-plus-ancien-malade-connu-decouverts-au-soudan_4384714_1650684.html
2. Mesure 7 : Optimiser et développer le système de surveillance. [Internet]. [cité 23 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.plan-cancer.gouv.fr/le-plan-cancer/5-axes-30-mesures/axe-observation/mesure-7/contexte.html>
3. Surveillance à partir du système multisources cancer (SMSC) / Surveillance épidémiologique des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 19 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Surveillance-a-partir-du-systeme-multisources-cancer-SMSC>
4. Les données - Institut National Du cancer [Internet]. [cité 23 mars 2014]. Disponible sur: <https://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/21-epidemiologie/92-donnees-regionales-incidence-cancers/198-donnees-regionales-incidence-cancer-colorectal-2008-2010.html>
5. Les données - Institut National Du cancer [Internet]. [cité 23 mars 2014]. Disponible sur: <https://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/21-epidemiologie/92-donnees-regionales-incidence-cancers/201-donnees-regionales-incidence-cancer-poumon-2008-2010.html>
6. Les données - Institut National Du cancer [Internet]. [cité 23 mars 2014]. Disponible sur: <https://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/21-epidemiologie/92-donnees-regionales-incidence-cancers/199-donnees-regionales-incidence-cancer-prostate-2008-2010.html>
7. Les données - Institut National Du cancer [Internet]. [cité 23 mars 2014]. Disponible sur: <https://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/21-epidemiologie/92-donnees-regionales-incidence-cancers/197-donnees-regionales-incidence-cancer-sein-2008-2010.html>
8. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim- Partie 1 : tumeurs solides. Institut de veille sanitaire;
9. NATnon02145.xls [Internet]. [cité 23 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/figure/NATnon02145.xls>
10. Insee - Population - Population par âge [Internet]. [cité 23 mars 2014]. Disponible sur: <zotero://attachment/288/>

11. Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) de populations d'hommes à haut risque ?
12. SFSPM_2008_29.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2014]. Disponible sur: http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/34701/SFSPM_2008_29.pdf?sequence=1
13. INPES - Les profils des fumeurs en France [Internet]. [cité 23 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>
14. IVS0100-CANCER_COLO_131205.qxd - cancer_colorectal.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2014]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_colorectal/cancer_colorectal.pdf
15. Résultats de la requête : Taux bruts de décès pour 100 000 habitants [Internet]. [cité 12 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.cepdc.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>
16. Numerus clausus. Histoire | Else, la santé autrement [Internet]. [cité 13 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.else revue.fr/2012/numerus-clausus-quarante-ans-de-planification-de-la-penurie-medicale/>
17. Les nouvelles questions posées à la démographie médicale - Cairn.info [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-page-74.htm>
18. Numerus clausus [Internet]. Remede.org. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/article1021.html>
19. Microsoft Word - Atlas2013_Chap1.doc - Atlas__national_2013.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2014]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas__national_2013.pdf
20. limousin_2013.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/limousin_2013.pdf
21. Dr Michel Legmann. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE, situation au 1er janvier 2013. Conseil national de l'Ordre des Médecins;
22. Médecine générale, définitions (1) | Pôle Santé [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.polesante.fr/v2/services-de-soins/medecine-generale/medecine-generale-definitions-1/>
23. What Are The Basic Conditions For Defining General Practice ? [Internet]. [cité 18 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/content/what-are-basic-conditions-defining-general-practice>
24. <http://www.who.dk/hs/frame-f.pdf> - E75730.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/240203/E75730.pdf
25. Microsoft Word - European definition_F.doc - WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

26. Historique de la formation des médecins généralistes [Internet]. [cité 18 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.hep.fr/DES/page3/page3.html>
27. 1803: le Consulat organise la médecine Une célébration oubliée | La Revue du Praticien [Internet]. [cité 22 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/1803-le-consulat-organise-la-medecine-une-celebration-oubliee>
28. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 CREATION DE CENTRES HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES, REFORME DE L'ENSEIGNEMENT MEDICAL ET DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE MEDICALE [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886688>
29. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 RELATIVE AUX ETUDES MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES. 82-1098 déc 23, 1982.
30. Décret no 97-1214 du 24 décembre 1997 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 modifié fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. 97-1214 déc 24, 1997.
31. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.
32. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
33. Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales.
34. Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. [cité 12 mai 2014]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
35. Rapport de la commission d'orientation sur le cancer. Place de la médecine libérale p.179 [Internet]. [cité 12 mai 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_commission_orientation_cancer.pdf
36. Mission Brochure A4 - Int - Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf
37. plancancer20092013_02112009.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf
38. Mars 2009 - Rapport_Grunfeld_-_recommandations_pour_la_plan_cancer_2009_2013_-mars_2009.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grunfeld_-_recommandations_pour_la_plan_cancer_2009_2013_-mars_2009.pdf
39. Microsoft Word - 2014-02-03_Plan_cancer_pour_impression.docx - 2014-02-03_Plan_cancer.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf
40. Recommandations-pour-le-3e-plan-cancer.pdf.

41. Bilan du 2e plan cancer : peut mieux faire | Le Quotidien du Medecin [Internet]. [cité 23 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/sante-publique/bilan-du-2e-plan-cancer-peut-mieux-faire>
42. Microsoft Word - Recommandations pour le 3e plan cancer JP Vernant 270813 DEF - Recommandations-pour-le-3e-plan-cancer.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations-pour-le-3e-plan-cancer.pdf>
43. Bulletin Officiel n°98/17 [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-17/a0171115.htm>
44. reseaux.PDF - reseaux.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reseaux.pdf>
45. Décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2004-1289 nov 26, 2004.
46. Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2007-388 mars 21, 2007.
47. 9633-le-traitement-du-cancer-dans-les-tablissements-de-sant-en-france-en-2010.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9633-le-traitement-du-cancer-dans-les-tablissements-de-sant-en-france-en-2010
48. Textes réglementaires [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.onco-paysdelaloire.asso.fr/pro/page21735.asp>
49. Fac-similé JO du 30/03/2007, texte 68 | Legifrance [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20070330&numTexte=68&pageDebut=05963&pageFin=05964
50. Microsoft Word - critères radiothérapie.doc - criteres_radiotherapie_160608.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: http://www.oncobretagne.fr/telechargt/actualite_jur/criteres_radiotherapie_160608.pdf
51. Microsoft Word - critères chimio.doc - criteres_chimiotherapie_160608.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: http://www.oncobretagne.fr/telechargt/actualite_jur/criteres_chimiotherapie_160608.pdf
52. (ANAES Recommandations chimiothérapie-2) - anaes_recommandations_chimioth_351rapie-2.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/anaes_recommandations_chimioth_351rapie-2.pdf
53. 9420-situation-de-la-chimiotherapie-des-cancers-en-2011.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9420-situation-de-la-chimiotherapie-des-cancers-en-2011

54. Cancéropôle Grand Sud-Ouest : Bordeaux, Limoges, Montpellier, Nîmes, Toulouse - Présentation [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.canceropole-gso.org/page/les-4-axes/35-presentation.html>
55. - circulaire_101_220205.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_101_220205.pdf
56. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=3F883A69C5865AFD89F433799D697DC6.tpdjo11v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006171479&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080117
57. Lutte contre cancer, association cancer, centre de lutte contre le cancer – FNCLCC [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: <http://efec.net/fr/institutionnel/fnclcc/mission.php>
58. Nos services | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/asip-sante/qui-sommes-nous/nos-services>
59. Dossier communicant de cancérologie - Soins - Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dossier-communicant-de-cancerologie>
60. Microsoft Word - Reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_Fiche_technique_2013_01_31.doc - reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf
61. Programme personnalisé de soins (PPS) [Internet]. [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/pps_vierge.pdf
62. 6551-modele-de-pps-avec-volet-social.doc [Internet]. [cité 20 avr 2014]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/6551-modele-de-pps-avec-volet-social
63. Les outils - Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 20 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/le-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer/les-outils>
64. Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer. Synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes.
65. Prise en charge de l'après cancer : les propositions de l'INCa pour la mise en place du PPAC - Actualités - Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 20 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/6856-prise-en-charge-de-lapres-cancer-les-propositions-de-linca-pour-la-mise-en-place-du-ppac>
66. RapV1_def-Feuillet 1 - 2008panel1_V1_rapport.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelIMG/2008panel1_V1_rapport.pdf

67. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Médecine générale en crise : faits et questions. *Médecine*. 1 mai 2006;2(5):223-228.
68. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises - er610.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er610.pdf>
69. OMG - Données [Internet]. [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
70. Le tabac en chiffres - Tueurs-Payeurs - La Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.tueurs-payeurs.fr/chiffres-tabac.php>
71. ameli.fr - L'arrêt du tabac : une prise en charge des substituts nicotiques [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/l-arret-du-tabac_vosges.php
72. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 nov 15, 2006.
73. Rapport national ITC France – Résultats de la deuxième vague – Octobre 2011 - ITC_rapport_FR_2.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/etudes/itc/pdf/ITC_rapport_FR_2.pdf
74. Physician advice for smoking cessation - CD000165.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD000165.pdf>
75. Verbiest MEA, Crone MR, Scharloo M, Chavannes NH, van der Meer V, Kaptein AA, et al. One-hour training for general practitioners in reducing the implementation gap of smoking cessation care: a cluster-randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. janv 2014;16(1):1-10.
76. McIlfratrick S, Keeney S, McKenna H, McCarley N, McElwee G. Investigating the role of the general practitioner in cancer prevention: a mixed methods study. *BMC Fam Pract*. 2013;14:58.
77. Le Faou A-L, Baha M. [Policy and routine practice for smoking cessation in France]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. déc 2012;41(12 Pt 1):1279-1285.
78. Guilbaud G, Ghiringhelli M. Conseil minimal de sevrage tabagique par le médecin généraliste: point de vue de 406 personnes du pays d'Ancenis. France; 2007.
79. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 - 793.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf>
80. La durée des séances des médecins généralistes - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes,4409.html>
81. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.

82. Consultation étudiante de prévention par les médecins généralistes - URML IDF/SMEREP - etudes3441.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/doc_site_urml_idf_org/etudes3441.pdf
83. Keeble S, Abel GA, Saunders CL, McPhail S, Walter FM, Neal RD, et al. Variation in promptness of presentation among 10,297 patients subsequently diagnosed with one of 18 cancers: Evidence from a National Audit of Cancer Diagnosis in Primary Care. *Int J Cancer J Int Cancer*. 11 févr 2014;
84. PARCOURS DE SOINS COORDONNES - parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf
85. CNP Assurances: Risque-Prévoyance - Magazine - Actualités [Internet]. [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: http://www.cnp.fr/Risque-Prevoyance/Magazine/art_3135.htm
86. Microsoft Word - 1_rapport.doc - 2008-rapport-prise-en-charge-cancer-medecine-generale.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.cermes3.fr/IMG/pdf/2008-rapport-prise-en-charge-cancer-medecine-generale.pdf>
87. OMS | Dépistage de divers cancers [Internet]. WHO. [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/cancer/detection/variouscancer/fr/>
88. OMS | Dépistage et détection précoce du cancer [Internet]. WHO. [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/cancer/detection/fr/>
89. depi2008.pps [Internet]. [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.gustaveroussy.fr/doc/cancer/pdf/prevention/depi2008.pps>
90. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.
91. Les données - Institut National Du cancer [Internet]. [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/23-depistage/47-depistage-cancer-sein/55-taux-de-participation-au-depistage-du-cancer-du-sein.html>
92. Les données - Institut National Du cancer [Internet]. [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/23-depistage/48-depistage-cancer-colorectal/57-efficacite-depistage-organise-cancer-colorectal.html>
93. referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf
94. Les données - Institut National Du cancer [Internet]. [cité 14 avr 2014]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/23-depistage/49-depistage-cancer-col-uterus/65-taux-participation-depistage-cancer-col-uterus/391-evolution-taux-de-couverture-frottis-uterin-femmes-25-65-ans-france-dom-inclus.html>
95. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Evaluation épidémiologique des quatre départements pilotes [Internet]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_col_uterus%20evaluation/col_uterus.pdf

96. Dépist. des cancers. Opt 1108 HP.ppt - Depist._des_cancers._Opt_1108_HP.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: http://dpt-medecine-generale.medecine.univ-paris5.fr/IMG/pdf/Depist._des_cancers._Opt_1108_HP.pdf
97. Argumentaire Depistage CCU version finale 17-10-10 - argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
98. Détection précoce du cancer de la prostate. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [Internet]. 2013 [cité 14 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf
99. Viguier J, Calazel-Benque A, Eisinger F, Pivot X. Organized colorectal cancer screening programmes: how to optimize efficiency among general practitioners. Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. janv 2011;20 Suppl 1:S26-32.
100. Les comptes de la Sécurité sociale - Résultats 2012 - Prévisions 2013 et 2014 - fiche_eclairage_objectifs_sante_publique.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2014]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fiche_eclairage_objectifs_sante_publique.pdf
101. Gabrijel S, Grize L, Helfenstein E, Brutsche M, Grossman P, Tamm M, et al. Receiving the diagnosis of lung cancer: patient recall of information and satisfaction with physician communication. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 10 janv 2008;26(2):297-302.
102. Ferraton-Rollin M, Magné N, Gonthier R, Merrouche Y, Bois C. L'annonce du diagnostic de cancer : point de vue du médecin généraliste. Bull Cancer (Paris). 1 oct 2013;100(10):955-962.
103. PINGANAUD Grégory. Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer (rôles, besoins et perspectives). Université de Poitiers; 2013.
104. Haute Autorité de Santé - Développement Professionnel Continu des professionnels de santé : la HAS présente la liste des méthodes et des modalités [Internet]. [cité 14 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1348527/fr/developpement-professionnel-continu-des-professionnels-de-sante-la-has-presente-la-liste-des-methodes-et-des-modalites
105. Etudes de médecine en France | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 14 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-etudes-de-medecine-en-france-400>
106. Johansen M-L, Holtedahl KA, Rudebeck CE. A doctor close at hand: How GPs view their role in cancer care. Scand J Prim Health Care. déc 2010;28(4):249-255.
107. Sussman J, Baldwin L-M. The interface of primary and oncology specialty care: from diagnosis through primary treatment. J Natl Cancer Inst Monogr. 2010;2010(40):18-24.
108. Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? Prat Organ Soins. 1 sept 2009;Vol. 40(3):191-196.

109. Dr Torres - Reseaux et Medecine Generale.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.codiab.fr/pdf/Dr%20Torres%20-%20Reseaux%20et%20Medecine%20Generale.pdf>
110. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale - 0000.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000184/0000.pdf>
111. Code de la santé publique - Article L6316-1. Code de la santé publique.
112. La première cabine de télémédecine est installée en France [Internet]. Le Figaro. 2014 [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/societes/2014/01/21/20005-20140121ARTFIG00211-la-premiere-cabine-de-telemedecine-est-installee-en-france.php>
113. Déontologie médicale sur le web : Le CNOM publie un Livre Blanc pour accompagner les médecins dans le développement de leur usage d'Internet | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/deontologie-medicale-sur-le-web-le-cnom-publie-un-livre-blanc-pour-accompagner-les-medecins-dans-le-1154>
114. Ne plus attendre sa chimio | la maison du cancer [Internet]. [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.la-maison-du-cancer.com/magazine/la-salle-d-infos/a-la-une/ne-plus-attendre-sa-chimio>
115. Plan cancer : coordination ville-hôpital et échange d'informations [Internet]. [cité 14 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.dsih.fr/article/922/plan-cancer-coordination-ville-hopital-et-echange-d-informations.html>
116. 9373-resultats-des-experimentations-du-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer-rapport-devaluation.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2014]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9373-resultats-des-experimentations-du-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer-rapport-devaluation

Table des annexes

<u>ANNEXE 1. LISTE DES REGISTRES QUALIFIES AU 1ER JANVIER 2013.....</u>	<u>143</u>
<u>ANNEXE 2. INCIDENCE ET MORTALITE DU CANCER EN FRANCE</u>	<u>146</u>
ANNEXE 2.1. NOMBRE DE CAS ET DE DECES ET TAUX POUR 100 000 PERSONNES-ANNEES DE CANCER EN 2012	146
ANNEXE 2.2. INCIDENCE ET MORTALITE ESTIMEE DES PRINCIPAUX CANCERS EN FRANCE METROPOLITAINE CHEZ L'HOMME EN 2012.....	147
ANNEXE 2.3. INCIDENCE ET MORTALITE ESTIMEES DES PRINCIPAUX CANCERS EN FRANCE METROPOLITAINE CHEZ LA FEMME EN 2012	148
<u>ANNEXE 3. EVOLUTION DE L'INCIDENCE (TAUX STANDARDISE MONDE ESTIME) DES CANCERS DE 1980 A 2012 SELON LE SEXE</u>	<u>149</u>
<u>ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE AUQUEL LES PATIENTS ONT REPONDU</u>	<u>150</u>
<u>ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX MEDECINS GENERALISTES ET COURRIER D'ACCOMPAGNEMENT</u>	<u>153</u>

Annexe 1. Liste des registres qualifiés au 1er Janvier 2013

Intitulé du registre	Responsable scientifique	Date de création	Lieu d'implantation	Qualification en cours
REGISTRES GENERAUX DU CANCER				
Cancers généraux - Bas-Rhin	Michel Velten	1974	Faculté de médecine – Strasbourg	2013-2016
Cancers généraux - Calvados	Anne-Valérie Guizard	1978	CLCC – Caen	2013-2016
Cancers généraux - Doubs et du Territoire de Belfort	Anne Sophie Woronoff	1977	CHU de Besançon	2010-2013
Cancers généraux - Gironde	Gaëlle Coureau	2004	ISPED- Bordeaux	2010-2013
Cancers généraux - Guadeloupe	Jacqueline Deloumeaux	2008	CHU de Pointe à Pitre	2012-2014
Cancers généraux - Guyane	Angéla Fior	2005	URML Cayenne	2011-2013
Cancers généraux - Haut-Rhin	Antoine Buemi	1988	CH de Mulhouse	2011-2014
Cancers généraux - Hérault	Jean-Pierre Daures	1983	CLCC Montpellier	2010-2013
Cancers généraux - Isère	Marc Colonna	1977	CHU de Grenoble	2010-2013
Cancers généraux - Lille et région	Karine Ligier	2005	Groupement régional de promotion de la santé	2012-2015
Cancers généraux – Région Limousin	Nathalie Léone	1998	CHU de Limoges	2013-2015
Cancers généraux - Pays de la Loire (Loire-Atlantique et	Florence Molinié	1999	CHU de Nantes	2012-2015

Vendée)				
Cancers généraux - Manche	Simona Bara	1994	CH de Cherbourg	2009-2012
Cancers généraux – Nouvelle Calédonie	Sylvie Laumond	1977	DASS Nouvelle Calédonie	2013-2015
Cancers généraux – Région Poitou Charente	Pierre Ingrand	2007	Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers	2013-2015
Cancers généraux - Somme	Olivier Ganry	1982	CHU d'Amiens	2013-2016
Cancers généraux - Tarn	Pascale Grosclaude	1982	CHS Pierre Jamet – Albi	2010-2013
REGISTRES SPECIALISES DU CANCER				
Cancers digestifs - Bourgogne	Anne-Marie Bouvier	1976	Faculté de médecine de Dijon	2013-2016
Cancers digestifs - Calvados	Guy Launoy	1978	CHU de Caen	2010-2013
Cancers digestifs - Finistère	Jean-Baptiste Nousbaum	1984	CHRU de Brest	2013-2016
Hémopathies malignes - Basse-Normandie	Xavier Troussard	2002	CHU de Caen	2010-2013
Hémopathies malignes - Côte-d'Or	Marc Maynadie	1980	Faculté de médecine de Dijon	2013-2016
Hémopathies malignes - Gironde	Alain Monnereau	2002	CLCC – Bordeaux	2013-2016
Registre national des hémopathies malignes de l'enfant	Jacqueline Clavel	1995	Hôpital Paul Brousse- Paris	2011-2014

Registre multicentrique à vocation national des Mésothéliomes pleuraux (MESONAT)	Françoise Galateau-Salle	2006	CHU de Caen	2013-2016
Registre Rhône Alpins des cancers thyroïdiens	Geneviève Sassolas	2000	Centre de recherche en cancérologie de Lyon	2013-2015
Cancers du sein et gynécologique de Côte-d'Or	Patrick Arveux	1982	CLCC Dijon	2012-2015
Tumeurs primitives du système nerveux en Gironde	Isabelle Baldi	1999	ISPED - Bordeaux	2012-2015
Tumeurs solides de l'enfant - National	Brigitte Lacour	1999	CHU de Nancy	2011-2014

Annexe 2. Incidence et mortalité du cancer en France

Annexe 2.1. Nombre de cas et de décès et taux pour 100 000 personnes-années de cancer en 2012

Nombre de cas et de décès et taux pour 100 000 personnes-années de cancers en 2012

Localisations	Incidence		Mortalité	
	Effectif	Contribution à l'ensemble des cancers	Effectif	Contribution à l'ensemble des cancers
Prostate*	53 465	19,0	8 876	7,5
Sein	48 763	16,3	11 886	10,1
Côlon-rectum	42 152	14,1	17 722	15,0
Poumon	39 495	13,2	29 949	25,3
Vessie	11 965	4,0	4 772	4,0
Pancréas	11 662	3,9	nd	-
Rein	11 573	3,9	3 957	3,3
Lèvre, cavité orale, pharynx	11 316	3,8	3 192	2,7
Mélanome de la peau	11 176	3,7	1 672	1,4
Foie	8 723	2,9	nd	-
Thyroïde	8 211	2,7	375	0,3
Corps de l'utérus	7 275	2,4	2 025	1,7
Estomac	6 556	2,2	4 411	3,7
Système nerveux central	4 999	1,7	3 052	2,6
Ovaire	4 620	1,3	3 150	2,1
Œsophage	4 615	1,5	3 140	2,7
Larynx	3 322	1,1	906	0,8
Col de l'utérus	3 028	1,0	1 102	0,9
Testicule	2 317	0,8	85	0,1
Tous cancers**	355 354	100,0	148 378	100,0

Annexe 2.2. Incidence et mortalité estimée des principaux cancers en France métropolitaine chez l'homme en 2012

Incidence et mortalité estimées des principaux cancers en France métropolitaine chez l'homme en 2012

Localisation	Effectif-Nouveaux cas	Contribution à l'ensemble des cancers	Effectif-décès	Contribution à l'ensemble des décès par cancers
PROSTATE*	53 465	26.7	8 876	10.4
Colon-rectum	23 226	11.6	9 275	10.9
Poumon	28 211	14.1	21 326	25.0
Vessie	9 549	4.8	3 574	4.2
Pancréas	5 963	3.0	nd	nd
Rein	7 781	3.9	2 651	3.1
Lèvre-bouche-pharynx	8 033	4.0	2 465	2.9
Mélanome cutané	5 429	2.7	954	1.1
Foie	6 867	3.4	nd	nd
Thyroïde	2 324	1.2	145	0.2
Estomac	4 308	2.2	2 834	3.3
Système nerveux central	2 814	1.4	1 761	2.1
Oesophage	3 503	1.7	2 653	3.1
Larynx	2 821	1.4	783	0.9
Testicules	2 317	1.2	85	0.1
Tous cancers**	200 350	100.0	85 255	100.0

* : compte tenu des fluctuations récentes de l'incidence du cancer de la prostate les résultats postérieurs à la dernière année observée par les registres (2009) ne sont pas présentés.

** : somme des estimations par localisation en supposant une stabilité des taux d'incidence pour la prostate entre 2009 et 2012 et en ajoutant les estimations pour les hémopathies malignes et la localisation Autres cancers

nd : non déterminé; Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité des ces données par rapport aux autres localisations

Sources : Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides

Annexe 2.3. Incidence et mortalité estimées des principaux cancers en France métropolitaine chez la femme en 2012

Incidence et mortalité estimées des cancers en France métropolitaine chez la femme en 2012

Localisation	Effectif-Nouveaux cas	Contribution à l'ensemble des cancers	Effectif-décès	Contribution à l'ensemble des décès par cancers
Sein	48 763	31.5	11 886	18.8
Colon-rectum	18 926	12.2	8 447	13.4
Poumon	11 284	7.3	8 623	13.7
Vessie	2 416	1.6	1 198	1.9
Pancréas	5 699	3.7	nd	nd
Rein	3 792	2.4	1 306	2.1
Lèvre-bouche-pharynx	3 283	2.1	727	1.2
Mélanome cutané	5 747	3.7	718	1.1
Foie	1 856	1.2	nd	nd
Thyroïde	5 887	3.8	230	0.4
Corps de l'utérus	7 275	4.7	2 025	3.2
Estomac	2 248	1.5	1 577	2.5
Système nerveux central	2 185	1.4	1 291	2.0
Oesophage	1 129	0.7	791	1.3
Ovaire	4 615	3.0	3 140	5.0
Larynx	501	0.3	123	0.2
Col de l'utérus	3 028	2.0	1 102	1.7
Tous cancers**	155 004	100.0	63 123	100.0

* : compte tenu des fluctuations récentes de l'incidence du cancer de la prostate les résultats postérieurs à la dernière année observée par les registres (2009) ne sont pas présentés.

** : somme des estimations par localisation en supposant une stabilité des taux d'incidence pour la prostate entre 2009 et 2012 et en ajoutant les estimations pour les hémopathies malignes et la localisation Autres cancers

nd : non déterminé; Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations

Sources : Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs

Traitement : INCa 2013

Annexe 3. Evolution de l'incidence (taux standardisé monde estimé) des cancers de 1980 à 2012 selon le sexe

Évolution de l'incidence (taux standardisé monde estimé) des cancers de 1980 à 2012 selon le sexe

Année	1980	1990	2000	2005	2010	2012
Homme	283.5	317.8	351.7	396.1	364.6	362.6
Femme	176.4	203.2	234.9	248.8	251.2	252

Sources : Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides

Traitement : INCa 2013

Annexe 4. Questionnaire auquel les patients ont répondu

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER SOLIDES

QUESTIONNAIRE D EVALUATION PAR LE PATIENT

1. Etes-vous :
 - Un homme
 - Une femme

2. Quel âge avez-vous ? _____

3. Distance (approximative) de votre domicile à l'hôpital : _____ km

4. Pathologie et stade de la maladie :

5. Performans status OMS : 0 – 1 – 2 – 3 – 4

6. Depuis combien de temps votre médecin généraliste vous suit il ?
 - Moins de 1 an
 - Entre 1 et 5 ans
 - Entre 6 et 10 ans
 - Plus de 10 ans

7. A quelle fréquence consultiez-vous votre généraliste avant la découverte du cancer ?
 - < 1 fois par an
 - Environ 1 fois par an
 - Environ 1 fois tous les 6 mois
 - Environ 1 fois tous les 3 mois
 - 1 fois par mois
 - > 1 fois par mois

8. Votre généraliste a-t-il participé au diagnostic ?
 - Oui
 - Non

9. Si oui, de quelle manière ?

- Prescription de l'examen qui a conduit au diagnostic
- Vous a adressé à un confrère spécialiste devant suspicion clinique

10. Qui vous a annoncé le diagnostic de cancer ?

- Votre généraliste
- Oncologue
- Autre médecin spécialiste

11. S'il s'agit de votre généraliste, vous a-t-il consacré une consultation spécialement dédiée à cette annonce ?

- Oui
- Non

12. Qui a annoncé le diagnostic de cancer à votre famille ?

- Votre généraliste
- Le médecin spécialiste
- Vous-même

13. Une consultation dédiée uniquement à vos questionnements concernant la maladie a-t-elle déjà été organisée avec votre généraliste ?

- Oui
- Non

14. Une consultation spécialement dédiée à vos questions concernant les traitements a-t-elle déjà été organisée avec votre généraliste ?

- Oui
- Non

15. A quelle fréquence consultez-vous votre médecin généraliste depuis le début de la chimiothérapie ?

- < 1 fois par an
- Environ 1 fois par an
- Environ 1 fois tous les 6 mois
- Environ 1 fois tous les 3 mois
- Environ 1 fois par mois
- > 1 fois par mois

16. Actuellement :

- Votre généraliste ne s'occupe de rien, le spécialiste s'occupe de tous vos problèmes de santé
- Votre généraliste s'occupe uniquement de vos problèmes non liés au cancer, le spécialiste s'occupe seul des problèmes liés au cancer
- Votre généraliste s'occupe à la fois de vos problèmes liés au cancer et ceux non liés au cancer

17. A qui faites-vous appel lorsque vous avez des questions concernant votre maladie ou votre traitement ?

- Votre généraliste
- L'infirmière intervenant au domicile
- Le service de cancérologie de votre centre hospitalier de référence
- Recherches personnelles (littérature, internet)
- Réseau de soin (ROHLim, ONCOLIM...)

18. Actuellement qui vous apporte le plus de soutien psycho-social ?

- Votre généraliste
- Le spécialiste et l'équipe paramédicale hospitalière
- Aucun des deux

19. Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste durant la période de chimiothérapie?
(Plusieurs réponses possibles)

- Qu'il gère les effets secondaires liés au cancer et à la chimiothérapie survenant au domicile
- Qu'il me donne des informations sur la chimiothérapie et sur le cancer
- Qu'il me réexplique ce que je n'ai pas compris à l'hôpital
- Qu'il m'adresse au cancérologue/hôpital en urgence si besoin
- Qu'il donne au cancérologue les informations médicales nécessaires à ma prise en charge
- Qu'il discute avec moi de ma maladie
- Qu'il m'apporte du soutien
- Qu'il apporte du soutien à mes proches
- Qu'il m'accorde plus de temps lors des consultations
- Qu'il soit plus disponible
- Aucune de ces réponses ne me convient

Annexe 5. Questionnaire envoyé aux médecins généralistes et courrier d'accompagnement

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS SOLIDES

QUESTIONNAIRE D EVALUATION PAR LE MEDECIN GENERALISTE :

1. Code postal de votre lieu d'exercice : _____
2. Etes-vous :
 - Un homme
 - Une femme
3. Votre tranche d'âge :
 - < 30 ans
 - Entre 30 et 45 ans
 - Entre 45 et 60 ans
 - > 60 ans
4. Votre mode d'exercice :
 - Remplaçant
 - Installation libérale individuelle
 - Installation libérale de groupe
5. Combien de patients en cours de traitement ou de surveillance d'un cancer solide comptez-vous dans votre patientèle ?
 - <5
 - 6 à 10
 - 11 à 30
 - >30
6. Quel est votre avis sur la volonté du gouvernement (dans le cadre du plan cancer 2009/2013) de réorganiser la prise en charge des soins en cancérologie, en impliquant davantage le médecin traitant ?
 - Tout à fait d'accord
 - Plutôt d'accord
 - Plutôt pas d'accord
 - Pas du tout d'accord

7. A quel(s) stade(s) de la maladie vous sentez vous impliqué(e)? (plusieurs réponses possibles)

- Dépistage – diagnostic
- Annonce de la maladie
- Décisions thérapeutiques (participation aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP))
- Suivi du traitement (tolérance, prise en charge des effets secondaires)
- Surveillance après traitement (dépistage des récives, suivi des séquelles)
- Phase de soins palliatifs

8. Parmi vos patients atteints de cancers solides, de quelle façon avez-vous joué un rôle dans le diagnostic de la maladie?

- Prescription de l'examen qui a conduit au diagnostic
- Adressé à un confrère spécialiste devant une suspicion clinique

9. Avez-vous déjà réalisé une consultation consacrée à l'annonce diagnostic ?

- Oui
- Non

10. Avez-vous déjà réaliser une consultation dédiée à l'information concernant la maladie ?

- Oui
- Non

11. Avez-vous déjà réalisé une consultation dédiée à l'information concernant les traitements ?

- Oui
- Non

12. A quelle(s) décisions souhaiteriez-vous être davantage associée(s)?

- Choix du parcours de soins du patient
- Décisions thérapeutiques
- Arrêt des soins curatifs
- Décision de retour au domicile

13. Pensez-vous que vos compétences vous permettent de prendre en charge les patients atteints d'un cancer de manière optimale ?

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout

14. Vous sentez vous à l'aise concernant la gestion de la douleur de ces patients?

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout

15. Vous sentez vous à l'aise quant à la prise en charge des effets secondaires des traitements de ces patients (aplasie fébrile ou non fébrile par exemple)?

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout

16. Pensez-vous avoir besoin d'une formation spécialisée en cancérologie de type FMC?

- Oui
- Non

17. Accepteriez-vous de participer à ce type de formation complémentaire en cancérologie?

- Oui
- Non

18. Si oui, sur quel(s) thème(s)? (plusieurs réponses possibles)

- Prévention
- Dépistage
- Annonce de la maladie
- Grands principes thérapeutiques selon localisation tumorale et stade de la maladie
- Suivi du traitement (tolérance, prise en charge des effets secondaires)
- Prise en charge psycho sociale
- Prise en charge palliative

19. Comment jugez-vous la circulation de l'information entre l'hôpital et vous?

- Excellente
- Bonne
- Mauvaise
- Médiocre
- Inexistante

20. En synthèse, quelles sont les contraintes dans votre pratique qui vous freinent dans la prise en charge de vos patients atteints de cancer? (plusieurs réponses possibles)

- Le caractère chronophage
- La charge affective importante
- La nécessité de visites au domicile
- La nécessité d'être joignable et disponible
- La nécessité de gérer des situations lourdes et graves en ambulatoires
- La difficulté d'organisation des soins dans cette prise en charge pluridisciplinaire
- L'absence de rémunération adaptée
- Le manque de formation adaptée
- Le manque de coordination ville-hôpital
- Autres – Précisez :

Madame, Monsieur,

Comme vous le savez, le Centre Hospitalier de Saint Junien est spécialisé dans la prise en charge oncologique, du diagnostic au traitement spécifique.

Dans le cadre de cette spécialité, une de nos jeunes consoeurs, actuellement en cursus de Médecine Générale, a réalisé un questionnaire dans le cadre de sa thèse, concernant les relations entre les spécialistes en Médecine Générale et les spécialistes en Oncologie.

Un questionnaire, ci-joint, a été réalisé.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous saurez apporter à celui-ci : il s'agit d'une étude originale pouvant permettre la constante amélioration de la prise en charge de nos patients.

Si vous êtes intéressé au remplissage de ce questionnaire, merci de nous le retourner complété via l'enveloppe pré-timbrée ci-joint, au service d'Hospitalisation à Temps Partiel au Centre Hospitalier de Saint Junien.

Merci de votre précieuse collaboration.

Docteur Frédéric THUILLIER



Patricia DA SILVA

IMPLICATIONS, ATTENTES, PERSPECTIVES DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DU CANCER

**Enquêtes d'opinion réalisées auprès de patients et médecins généralistes de Haute-
Vienne**

Résumé :

Introduction : Sous l'impulsion du plan cancer 2009-2013, les médecins généralistes ont vu leur rôle renforcer à tous les stades de la prise en charge du cancer . Peu d'études se sont intéressées à observer leur implication actuelle, leurs difficultés et leurs attentes.

Matériel et méthode : Dans ce travail, deux études ont été menées en parallèle entre juillet 2013 et janvier 2014. 40 patients en cours de chimiothérapie en hôpital de jour du CHRU Limoges et CH Saint Junien ont été soumis à un questionnaire. Durant cette même période, 288 médecins généralistes de Haute-Vienne ont reçu par courrier-réponse un questionnaire d'évaluation des pratiques.

Résultats : L'étude « patient » montre une relation de confiance avec leur généraliste à tous les stades de la maladie. 67,5% aurait participé au diagnostic. La fréquence de consultation augmente avec la chimiothérapie. 55% des patients appellent en première intention leur médecin traitant devant une interrogation. 50% considère qu'ils s'occupent de toutes les problématiques, liées ou non au cancer.

L'étude « médecin » montre que 90% sont en accord avec l'orientation de la politique de santé publique exposée par le second plan cancer. Impliqués à tous les stades, ils le sont en particulier dès l'étape de dépistage et diagnostic à hauteur de 99%. 88,5% souhaiterait participer à des FMC en cancérologie. 57,5% ne sont pas satisfait de la communication avec l'hôpital.

Conclusion : La participation régulière à des formations complémentaires en cancérologie, ainsi que la poursuite du développement des outils de communication permettraient d'aider les médecins généralistes dans leur rôle pivot au service des patients atteints de cancer.

Mots-clés : médecins généralistes, cancer, plan cancer