



*Université Lille 2
Droit et Santé*

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Point de vue des médecins généralistes sur les relations ville-hôpital dans
la prise en charge des cancers au sein de l'hôpital Victor Provo de
Roubaix et de l'hôpital Dron de Tourcoing : enquête d'observation**

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2014 à 18 heures
au Pôle Recherche
Par Angélique PONT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jacques BONNETERRE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Arnaud SCHERPEREEL

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Nathalie LERICHE

Abréviations

ALD : affection de longue durée

DCC : Dossier Communicant de Cancérologie

DMP : Dossier médical Personnel

DCEM : Deuxième cycle des études médicales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

DPC : Développement professionnel continu

FMC : Formation médicale continue

ECN : Examen Classant National

HAS : Haute Autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de Santé publique

INCa : Institut National du Cancer

MG : médecin généraliste

PPS : projet personnalisé de soins

RCP: réunion de concertation pluridisciplinaire

RRC: réseau régional de cancérologie

3C : centre de coordination en cancérologie

Table des matières

RESUME.....	8
INTRODUCTION.....	9
A. Epidémiologie.....	9
B. Historique.....	10
C. Réseau régional de cancérologie et Centre de coordination en cancérologie.....	11
D. Réunions de concertation pluridisciplinaires.....	12
E. Place du médecin généraliste et objectif de l'étude.....	13
MATERIEL ET METHODE.....	14
1.1 Population de l'étude.....	15
1.2 Questionnaire.....	16
1.3 Recueil des données.....	17
1.4 Analyse des données.....	18
RESULTATS.....	19
2.1 Taux de participation.....	19
2.2 Caractéristiques des répondants.....	19
2.3 Critères épidémiologiques.....	21
2.4 Centre de coordination en cancérologie et RRC.....	24
2.5 Compétences des médecins généralistes.....	27
2.6 Besoin de formation.....	27
2.7 Circulation de l'information entre la ville et l'hôpital.....	29
2.8 Participation aux RCP.....	30
2.9 Réception de la fiche RCP.....	30
2.10 Rapports avec les oncologues et les hématologues.....	31
2.11 Décisions auxquelles les MG souhaitent être associés pour leurs patients.....	32
2.12 Commentaires ou suggestions.....	32
DISCUSSION.....	34
3.1 Discussion de la méthode.....	34
a) Questionnaire.....	34
b) Biais de volontariat.....	34
c) Biais d'une enquête déclarative.....	35

3.2 Taux de participation.....	35
3.3 Représentativité de l'échantillon.....	35
3.4 Critères épidémiologiques.....	36
3.5 Place centrale du MG.....	37
3.6 RRC et 3C.....	41
3.7 Formation des MG.....	42
3.8 Relations ville-hôpital.....	44
3.9 RCP.....	46
CONCLUSION.....	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	49
ANNEXES.....	54
Annexe 1 : Texte accompagnant l'envoi du questionnaire.....	54
Annexe 2 : Questionnaire.....	55
Annexe 3 : Taux de participation en fonction de chaque ville interrogée.....	58
Annexe 4 : Exemple de fiche RCP d'oncologie thoracique.....	59

Résumé

Contexte Le cancer est la première cause de mortalité en France. La loi HPST et le second Plan Cancer place le médecin généraliste au centre de la prise en charge du cancer. L'objectif de ce travail était de mieux connaître les conditions d'exercice des médecins généralistes (MG) du secteur de Roubaix et de Tourcoing, leur rôle auprès des patients atteints de cancer et d'appréhender leurs difficultés face au corps médical et aux institutions.

Méthode : Nous avons recensé l'ensemble des médecins traitants figurant sur les fiches RCP des patients de l'année 2011. Une zone d'étude a ensuite été définie pour ne concerner que les médecins exerçant au versant Nord-Est de la métropole lilloise. Les critères d'exclusions étaient l'exercice d'une autre spécialité que la médecine générale et l'arrêt d'exercice. Une enquête quantitative descriptive a donc été menée auprès de 389 MG.

Résultats : Le taux de réponse a été de 46,53% soit 181 réponses. Les participants à l'étude étaient majoritairement des hommes âgés de 51 à 60 ans exerçant en cabinet de groupe. 84% d'entre-eux découvrent moins de 10 nouveaux cas de cancer par an. 46% suivent entre 10 et 30 cas. Les médecins disent être impliqués à tous les stades de la maladie notamment le dépistage et la prévention. Mais, seulement 4% s'intéressent aux thérapeutiques. Concernant les institutions, 36% connaissent le RRC contre 7% pour le 3C. Les médecins attendent surtout d'un RRC qu'il permette une meilleure coordination des soins. Sur le plan de la formation, 76% se disent compétents et 75% souhaiteraient continuer à se former de manière classique type DPC. 57% sont satisfaits de la circulation de l'information entre la ville et l'hôpital. Ils sont même 74% à considérer leur relation comme bonne ou excellente avec les oncologues ou les hématologues. Mais le problème récurrent relaté par les médecins reste le délai des courriers. Les MG ne se sentent pas toujours à leur place au sein des RCP et ils ne sont que 33% à souhaiter y participer. Mais, 98% souhaitent en recevoir le compte-rendu. Le DCC inclus dans le DMP permettra dans les prochaines années d'intégrer au mieux le MG dans la prise en charge des patients atteints de cancer

INTRODUCTION.

A) Epidémiologie.

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancers en France ⁽¹⁾ était de 355 354 (200 350 hommes et 155 004 femmes). Le taux de décès estimés par cancer était de 148 378 (85 255 hommes et 63 123 femmes).

Chez l'homme, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent. Chez la femme, c'est celui du sein. Le cancer est la première cause de mortalité chez l'homme devant les maladies cardio-vasculaires. Il est la seconde cause chez la femme après les maladies cardio-vasculaires. Le cancer le plus meurtrier chez l'homme est celui du poumon avec 21 300 décès en 2012. Le cancer du sein chez la femme a causé 11 900 décès.

Le nombre de nouveaux cas de cancer a considérablement augmenté ces dernières années. Cette hausse est due au vieillissement de la population car il survient dans la majorité des cas chez les sujets de plus de 75 ans. Elle est aussi due à l'augmentation de la population globale et à l'augmentation du risque lui même.

Comparativement à cette augmentation, il est noté une baisse du taux de mortalité (après standardisation) de 24 % chez l'homme et de 14 % chez la femme entre les périodes 1984-88 et 2004-08. Ceci est grâce à un dépistage précoce, une diminution d'incidence de certains cancers de pronostic défavorable et une nette amélioration des prises en charges.

Le Nord-Pas-de-Calais est l'une des 5 régions ayant un taux d'incidence les plus élevés ^(2,3). Elle présente un taux de surmortalité de 25 % par rapport au reste de la France. Au sein même de la région, il existe une disparité avec des zones du Littoral, de l'ancien Bassin minier et de la Métropole lilloise plus touchées par cette mortalité importante. Une étude de 2006 ⁽⁴⁾ montre que, concernant le cancer du poumon (première cause de mortalité dans notre région), il existe un retard à la consultation. Ceci est lié à un contexte socio-économique défavorable où la santé n'est pas une priorité. Les autres causes de cette surmortalité est le faible taux de participation aux campagnes de dépistage du cancer du sein et colorectal ^(5,6), les conduites addictives plus fréquentes et donc de nombreuses comorbidités associées.

B) Historique.

Une première circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie ⁽⁷⁾ est établie le 24 mars 1998 suite au rapport de la Conférence nationale de santé de 1997 ⁽⁸⁾. Pour la première fois, est abordé la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire du malade cancéreux et un accès aux soins de qualité et de proximité. Elle permet également de définir un cadre légal pour l'exercice de la cancérologie au sein des structures hospitalières et des autres structures alternatives à l'hospitalisation (accueil de jour, hospitalisation à domicile, ...).

La même année, La Ligue Nationale contre le Cancer organise les premiers états généraux le 28 novembre 1998 ⁽⁹⁾. Les malades y expriment leurs souffrances quotidiennes et les insuffisances du système de soins français. Ces insuffisances concernent l'annonce de la maladie, la prise en charge psychosociale, l'accès aux examens complémentaires et la prise en charge de la douleur.

Le 4 février 2000, 20 pays cosignent la Charte de Paris ⁽¹⁰⁾ en présence du président J. Chirac lors du Sommet mondial contre le Cancer pour le nouveau Millénaire. Cette charte replace le malade cancéreux dans toute sa dignité humaine. Ils s'engagent à créer des réseaux internationaux pour faciliter les échanges entre pays, à renforcer la recherche contre le cancer et le dépistage.

Ceci aboutit à l'élaboration du premier Plan Cancer en 2003 ⁽¹¹⁾.

Ce Plan cancer met l'accent sur l'intérêt du dépistage du cancer du sein, colorectal, du col de l'utérus et du mélanome en impliquant davantage les médecins généralistes et autres médecins libéraux. Il met en place une coordination des acteurs de soins en cancérologie, à la ville comme à l'hôpital, en créant les réseaux de cancérologie (pôle régional de cancérologie, réseau régional de cancérologie, centre de coordination ou 3C) et en créant le dossier médical communiquant.

Il permet la généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) à la suite de laquelle est remis le programme personnalisé de soins (PPS) au patient. Il instaure le dispositif d'annonce.

Il s'engage à renforcer les soins de proximité par une participation accrue des médecins généralistes aux réseaux de soins et aux RCP.

Cependant, un rapport d'évaluation du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) ⁽¹²⁾ note quelques faiblesses de ce plan avec une accentuation des inégalités sociales et territoriales

d'accès aux soins et des marqueurs de suivi encore balbutiants.

Le second Plan Cancer ⁽¹³⁾ s'inscrit dans la continuité du premier. Il est annoncé par le président N. Sarkozy le 2 novembre 2009 à la suite du rapport du Pr Grünfeld ⁽¹⁴⁾. Il met d'abord l'accent sur la recherche et les innovations sur le cancer. Il s'engage aussi à renforcer la surveillance épidémiologique des cancers. Il réaffirme la nécessité de poursuivre les efforts en terme de dépistage et de prévention. Le médecin traitant est replacé au centre de la prise en charge des malades cancéreux. Il a un rôle « pivot » comme défini dans la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » ⁽¹⁵⁾. Il a un rôle important dans le dépistage (mesure 16.1) mais aussi pendant la phase aigüe et la phase de surveillance (mesure 18.2).

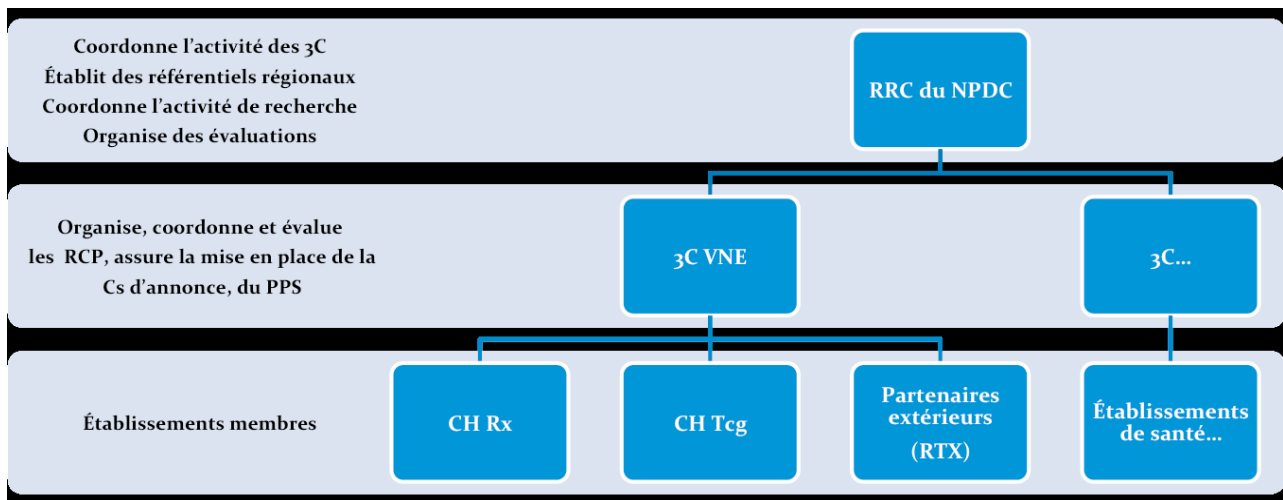
Le Pr Vernant rédige un rapport au président F. Hollande pour l'établissement du 3ème plan cancer ⁽¹⁶⁾. Il pointe du doigt l'accentuation des inégalités sociales et territoriales. La mortalité par cancer est deux fois supérieure chez les ouvriers entre 30 et 65 ans par rapport aux cadres ou aux professions libérales ⁽¹⁷⁾. La France est l'un des « mauvais élèves » au niveau européen. La mortalité par cancer y est 3 fois supérieure chez les hommes et est au 3ème rang pour les femmes. Le médecin généraliste n'est pas suffisamment au centre des mesures.

Le Plan cancer 2014-2019 ⁽¹⁸⁾ est annoncé par F. Hollande le 4 février 2014 lors de la journée mondiale contre le cancer. Il n'instaure pas de nouvelles mesures mais renforce celles déjà mises en place. Il insiste sur la nécessité d'une meilleure coordination ville-hôpital devant une prise en charge ambulatoire croissante des patients.

C) Réseau régional de Cancérologie et Centre de Coordination en Cancérologie.

Le premier Plan Cancer a permis la création des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) et des centres de coordination en cancérologie (3C). Le RRC du Nord-Pas-de-calais a donc été créé en 2003. Il est décrit comme une organisation pivot dans le champ sanitaire. Ses missions ont été définies d'abord dans une circulaire de 2005 ⁽¹⁹⁾ puis dans celle de 2007 ⁽²⁰⁾. Elles sont au nombre de 6. Il permet l'établissement de référentiels régionaux dans la prise en charge des cancers qui s'appuient sur des référentiels nationaux ou internationaux. Il a un rôle de coordination des 3C et de l'ensemble des acteurs en cancérologie.

Les 3C ont également été créés en 2003. Leurs missions diffèrent des RRC. Un cahier des charges a été établi en janvier 2009 pour les 3C de la région selon les modalités de la circulaire de 2005 ⁽²¹⁾. Les 3C y sont nommés comme des « cellules de qualité opérationnelles ». Les principales missions des 3C sont d'organiser les RCP, assurer la mise en place de la consultation d'annonce et s'assurer de la remise au patient du PPS à l'issue de la RCP. Ils sont 13 dans la région. Le 3C du Versant Nord-Est regroupe les hôpitaux de Roubaix et de Tourcoing. Actuellement, il n'existe que des partenaires extérieurs de radiothérapie.



Organigramme n°1 : Organisation des structures de cancérologie à l'échelle régionale.

D) Réunions de concertation pluridisciplinaires.

Le premier Plan Cancer a aussi permis la généralisation des RCP. Les RCP existaient bien avant cette généralisation, et pas seulement dans le cadre de l'oncologie.

Elles sont le lieu d'une discussion collégiale diagnostique et thérapeutique en cas de prise en charge complexe. Elles permettent au patient de bénéficier d'une prise en charge optimale de son cancer par la validation de protocoles, eux-même validés sur le plan national et parfois, international.

Tous les dossiers de patients atteints de cancer doivent être discutés, quelque soit le traitement envisagé. Ceux qui répondent, par contre, à une procédure standard validée selon des référentiels de bonne pratique, ne sont pas obligatoirement discutés en RCP.

En cas de prise en charge radiologique ou chirurgicale urgente, le dossier peut être discuté après, afin de ne pas retarder la prise en charge.

Les RCP sont le lieu d'échange assurant pluridisciplinarité avec 3 spécialistes différents dont un chirurgien de la spécialité et un oncologue. L'anatomopathologiste et un spécialiste d'organe peuvent également y participer ainsi que le médecin traitant. Au terme de cette RCP, le PPS est remis au patient et le compte-rendu de la RCP est envoyé au médecin traitant.

Le 3C s'assure de la qualité de ces RCP et de la remise du PPS au patient. Tous les 2 ans sont organisées des études de qualité IPAQSS par la mesure d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

E) Place du médecin généraliste et objectif de l'étude.

Le médecin traitant a donc un rôle central à jouer. Mais malgré les mesures annoncées, il n'a pas encore réussi à trouver sa place dans le parcours complexe du patient en oncologie. Pourtant il existe une forte demande de la part des patients. Une étude anglaise de 2011 montre que les patients attendent beaucoup de leur médecin généraliste, notamment en terme de dépistage ⁽²²⁾. Mais les médecins généralistes expriment de nombreuses difficultés à réaliser de la prévention au quotidien et souhaiteraient plus d'implication des pouvoirs publics et des professions paramédicales ⁽²³⁾.

Il a bien souvent la lourde tâche d'annoncer le diagnostic de cancer avant la réception des résultats d'anatomopathologie ⁽²⁴⁾. Or, ils sont moins bien formés à l'annonce que les autres spécialistes.

Pendant et après les soins, il a un rôle psychosocial important envers le malade et sa famille ⁽²⁵⁾. De nombreux malades les consultent pour des troubles du sommeil et des symptômes dépressifs liés à la maladie et aux soins. Les autres principaux motifs de consultations sont les effets secondaires des traitements et la douleur ⁽²⁶⁾.

Lors de la phase palliative, le médecin traitant a toute sa place auprès du malade et de sa famille dans l'accompagnement médical et psychologique ⁽²⁷⁾.

Le médecin généraliste est donc impliqué à chaque phase de la maladie cancéreuse.

La ligue a d'ailleurs dans ce cadre, lancé une étude en 2010 pour connaître le rôle exact de ces médecins et leur implication dans la maladie ⁽²⁸⁾. 565 MG ont été interrogés. Les résultats ont montré que les MG se sentent impliqués à chaque phase de la maladie y compris lors de la phase thérapeutique. La communication avec les spécialistes reste difficile,

ce qui est une cause de rupture dans le parcours de soin du malade ⁽²⁹⁾.

De nombreuses études ont été menées ces dix dernières années auprès des médecins généralistes, afin de mieux connaître leur rôle dans la prise en charge du cancer ^(30,31). Elles se sont le plus souvent, en ce qui concerne la région Nord-Pas de Calais, limitées à un seul type de cancer ou à un seul moment du parcours du patient dans sa prise en charge.

Le 3C du versant Nord-Est a souhaité interroger les médecins généralistes du secteur de Roubaix et de Tourcoing afin de mieux connaître leurs conditions d'exercice, leur rôle auprès des personnes atteintes de cancer et d'appréhender leurs difficultés face au corps médical et aux institutions.

I. Méthodologie

1.1. Population d'étude.

Pour l'ensemble des hôpitaux de Roubaix et de Tourcoing, 1810 patients ont vu leur dossier passer une ou plusieurs fois en RCP durant l'année 2011. Parmi eux :

- 454 patients en RCP thoracique
- 236 en RCP digestive à Roubaix
- 154 en RCP digestive à Tourcoing
- 167 en RCP ORL
- 165 en RCP urologique
- 247 en RCP sénologie
- 284 en RCP hématologie
- 103 en RCP gynécologie.

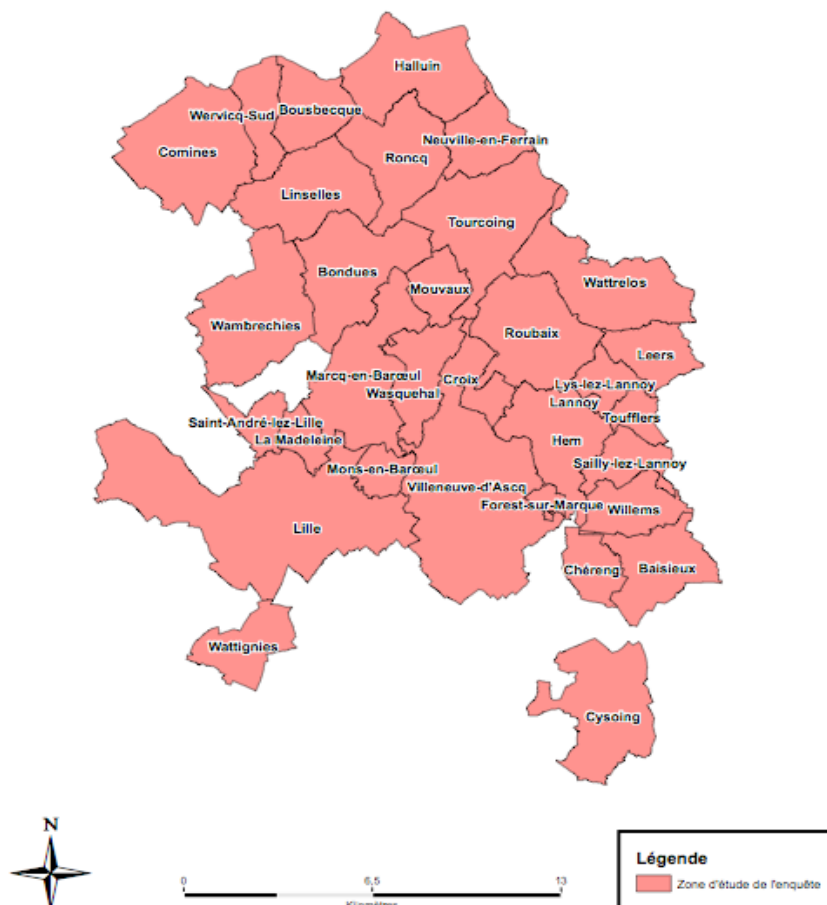
Pour les patients de l'hôpital de Tourcoing, le nom du médecin traitant était recherché sur chacune des fiches RCP. S'il n'apparaissait pas sur celle-ci, il était recherché dans le dossier médical. Pour 11 patients, aucun nom de médecin traitant n'a été retrouvé.

Pour les patients de l'hôpital de Roubaix, le nom du médecin traitant était recherché sur le logiciel informatique Clinicom. Pour 19 patients, aucun médecin traitant n'a été retrouvé.

Au total, 470 médecins ont été recensés.

Une zone d'étude a ensuite été définie pour ne concerner que les médecins de la zone Nord-Est de la métropole lilloise incluant les arrondissements de Roubaix-Tourcoing.

Zone de l'étude de l'enquête de cancérologie auprès des médecins traitants



Carte n°1 : Zone de l'étude

Dans cette zone, 423 médecins ont été sélectionnés. Parmi eux, 9 exerçaient une autre spécialité que la médecine générale et 25 étaient en arrêt d'exercice. 389 médecins généralistes ont donc été contactés.

1.2. Questionnaire (Annexe 1 et 2)

Le questionnaire a été établi au cours de réunions successives du 3C du Versant Nord-Est en 2012. Il s'est basé sur un questionnaire validé, utilisé au cours d'une étude menée en 2010

PONT Angélique

en Ile de France ⁽³⁰⁾.

Il comporte d'abord des questions permettant de caractériser la population de l'étude :

- code postal du lieu d'exercice
- sexe
- tranche d'âge
- nombre d'année d'exercice
- type d'exercice : individuel ou en cabinet de groupe.

Ensuite, il comporte des critères épidémiologiques :

- nombre de nouveaux cas de cancers découverts par an
- nombre de cas en cours de suivi ou de surveillance
- stades de la maladie auxquels les médecins se sentent le plus impliqués.

Enfin, il comporte des critères plus généraux :

- la formation des médecins en cancérologie,
- le 3C et le RRC
- la participation aux RCP
- la circulation de l'information entre le ville et l'hôpital
- la relation avec les cancérologues et les hématologues.

1.3. Recueil des données.

Les coordonnées téléphoniques des médecins ont été obtenues via le site web du Conseil national de l'ordre des médecins.

L'étude a été menée de mai 2012 à avril 2013. Les médecins généralistes ont d'abord été contactés par téléphone pour une présentation de l'étude et l'obtention de leur accord pour leur participation. Suite à cet appel, le questionnaire était envoyé soit par voie électronique soit par courrier selon leur demande.

S'ils acceptaient l'envoi par courriel, le questionnaire était accessible via un lien internet contenu dans le courriel. Le questionnaire était hébergé sur le site www.medecinlibre.org/onco. Sinon le questionnaire leur était envoyé par courrier. Deux médecins ont souhaité l'envoi par fax.

En l'absence de réponse par courriel, il était prévu 5 relances maximum à 2 semaines d'intervalle chacune. Par contre, aucune relance n'était prévue par courrier du fait de l'impossibilité d'identifier l'origine des réponses obtenues.

1.4. Analyse des données.

L'ensemble des réponses obtenues ont été recueillies dans un fichier Excel®. A partir de ces données, une analyse descriptive uni-variée pour chacune des questions a d'abord été réalisée. L'intervalle de confiance était fixé à 95 %.

Secondairement, des analyses bi-variées à l'aide du test de khi-deux et du test de Fisher ont été réalisées. Ces analyses permettent de rechercher un lien significatif entre les variables issues de chacune des questions avec un risque alpha à 5 %.

II. RESULTATS

2.1. Taux de participation (Annexe 3)

Parmi les 389 médecins contactés, 181 réponses ont été obtenues soit un taux de participation global de 46,53 %. En ne tenant compte que des médecins ayant accepté de participer, soit 299, ce taux s'élève à 60,53 %.

37 réponses papiers ont été obtenues sur les 74 envois soit un taux de retour de 50 %.

144 réponses numériques ont été reçues sur les 225 envois par courriel soit un taux de retour de 64 %.

Les villes ayant le plus participé sont celles de Roubaix (39,8%) et de Tourcoing (39,3%). Ce pourcentage représente le taux de participation des médecins généralistes qui ont été contactés. Ce taux varie de 0 (Lys lez Lannoy, Wambrechies, St André lez Lille) à 100 % (Chereng, Bousbecque, Cysoing).

2.2. Caractéristiques des répondants.

Les participants à l'étude sont majoritairement des hommes âgés de 51 à 60 ans, avec plus de 20 années de pratique en médecine générale et exerçant le plus souvent en cabinet de groupe. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 54 ans.

Tableau 1 : Répartition des sexes

<u>Sexe</u>	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Homme	156	86	79,43-92,95
Femme	25	14	7,05-20,57
Total	181	100	

Figure 1 : Répartition par sexe

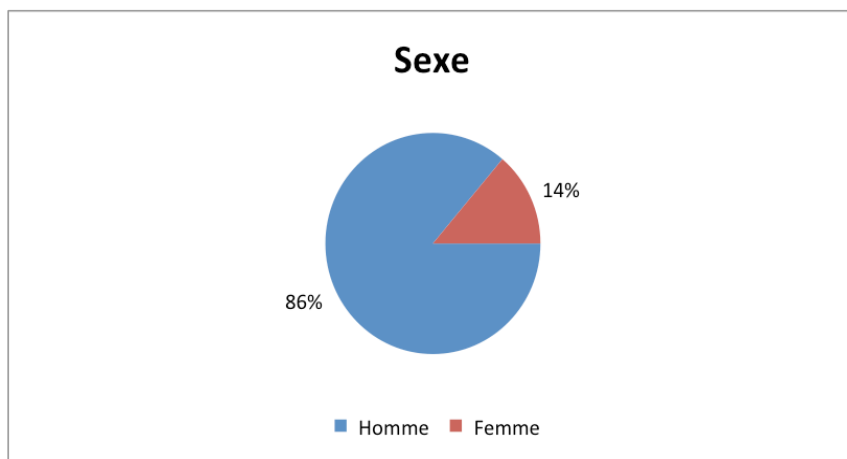


Tableau 2 : Répartition par tranche d'âge

Age	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
> 60 ans	44	24	15,90-32,72
51- 60 ans	86	48	37,73-57,30
40- 50 ans	40	22	13,97-30,23
< 40 ans	11	6	1,39-10,76
Total	181	100	

Figure 2 : Répartition par tranche d'âge

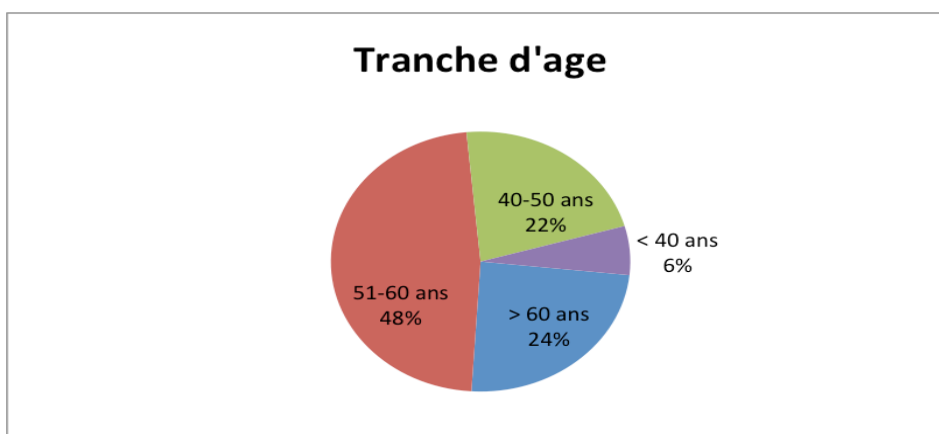


Tableau 3 : Nombre d'années de pratique

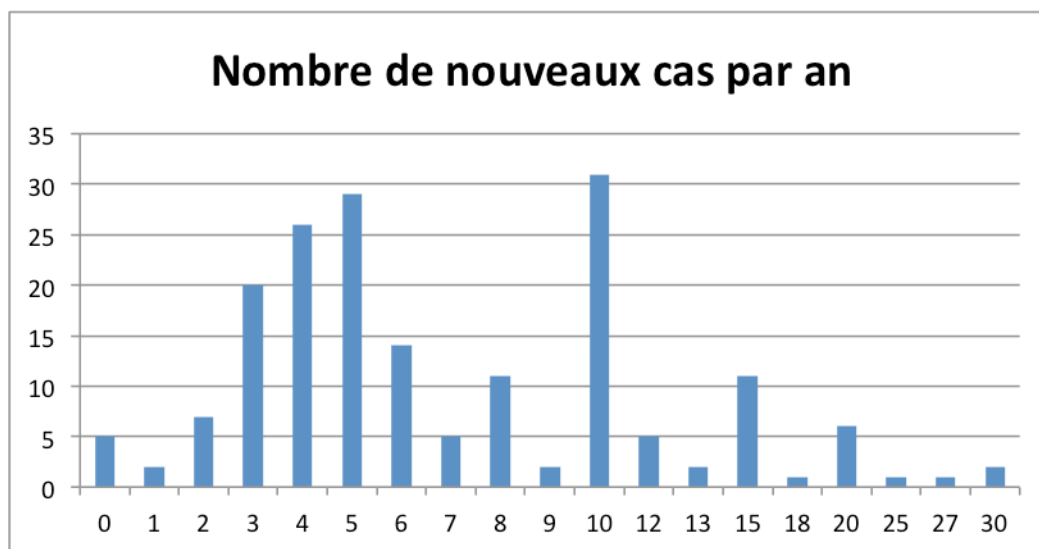
	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
> 20 ans	132	73	64,22-81,64
> 10 ans	38	21	13,01-28,98
5-10 ans	9	5	0,71-9,23
< 5 ans	2	1	0,03-3,15
Total	181	100	

Tableau 4 : Mode d'exercice.

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Cabinet de groupe	95	52	42,70-62,27
Individuel	85	47	37,18-56,74
Non connu	1	1	0,03-2,01
Total	181	100	

2.3. Critères épidémiologiques.

Figure 3 : Nombre moyen de nouveaux cancers par an.



En moyenne, 7,52 nouveaux cas sont découverts chaque année par médecin. 152 MG soit 84 % déclarent en découvrir moins de 10 par an.

Nous avons cherché à savoir si l'âge influençait le nombre de nouveaux cas découverts chaque année.

Figure 4 : Nombre de nouveaux cas en fonction de l'âge.

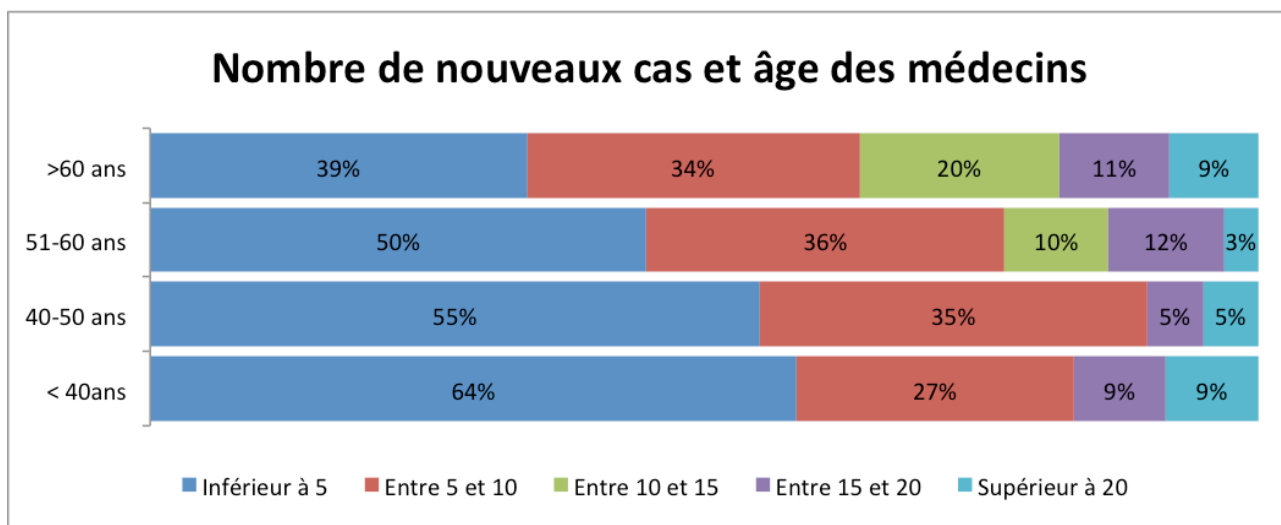
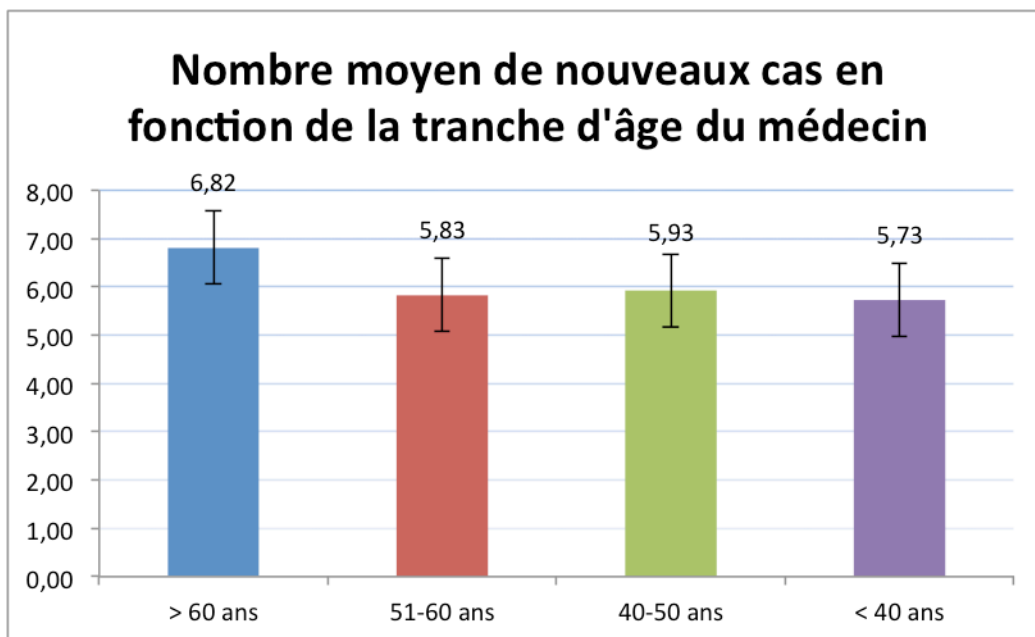


Tableau 5 : Age et nombre de nouveaux cas

	< 50 ans	> 50 ans
< 10 nouveaux cas / an	46	116
> 10 nouveaux cas / an	6	22

Il n'est pas retrouvé de lien significatif entre l'âge et le nombre de nouveaux cas de cancers par an ($p= 0,445$ avec un risque alpha de 5 %).

Figure 5 : Nombre moyen de nouveaux cas en fonction de l'âge du médecin



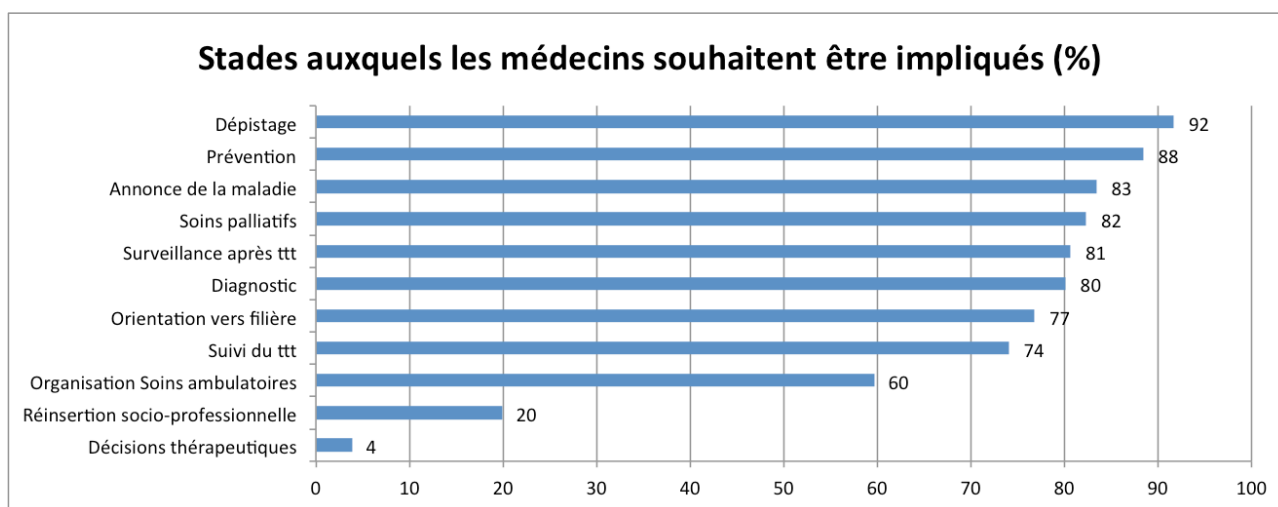
Les plus de 60 ans voient en moyenne 6,82 nouveaux cas par an contre 5,73 pour les moins de 40 ans.

Tableau 6 : Nombre de patients en cours de suivi.

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
< 5	18	10	4,08-15,81
5-10	38	21	13,01-28,98
10-30	83	46	36,09-55,62
> 30	41	23	14,45-30,86
Non connu	1	1	0,03-2,01
Total	181	100	

La majorité des MG (46%) suivent entre 10 et 30 patients cancéreux.

Figure 6 : Stades de la maladie auxquels les médecins se sentent impliqués :



Les médecins se sentent très impliqués à tous les stades de la maladie, en particulier le dépistage. Les décisions thérapeutiques les concernent moins. Les commentaires à cette question sont que le généraliste est impliqué à tous les stades mais que bien souvent, le malade leur échappe lors des traitements, d'où une certaine « frustration ». La prévention est un des éléments clé de leur pratique quotidienne. De part leur connaissance du malade, il leur semble plus approprié de réaliser l'annonce, plutôt qu'elle soit faite par « les techniciens ». La phase palliative les concerne beaucoup également.

2.4. Centre de coordination en cancérologie et RRC

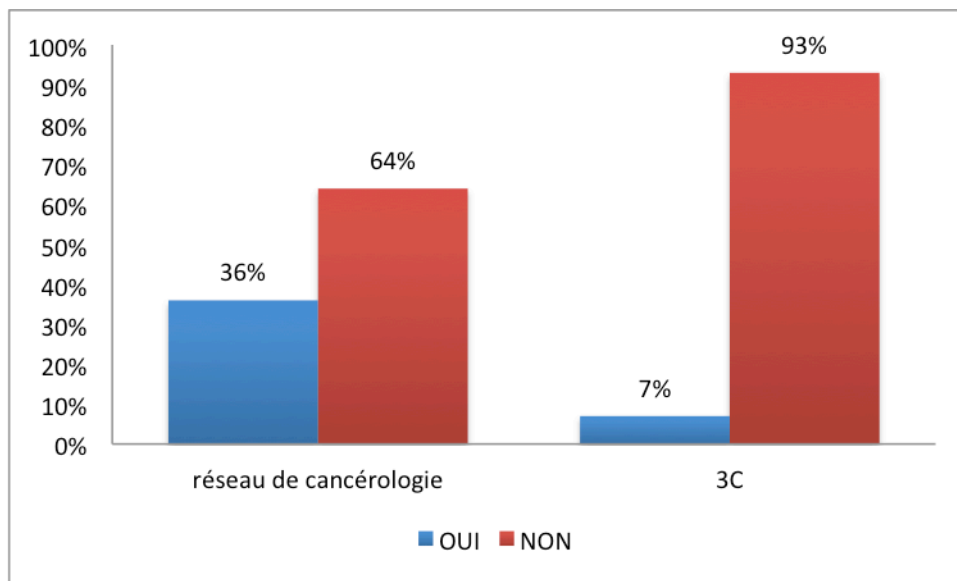
Tableau 7 : Connaissance du 3C

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Oui	12	7	1,75-11,51
Non	169	93	88,49-98,25
Total	181	100	

Tableau 8 : Connaissance du RRC.

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Oui	65	36	26,51-45,31
Non	116	64	54,69-73,49
Total	181	100	

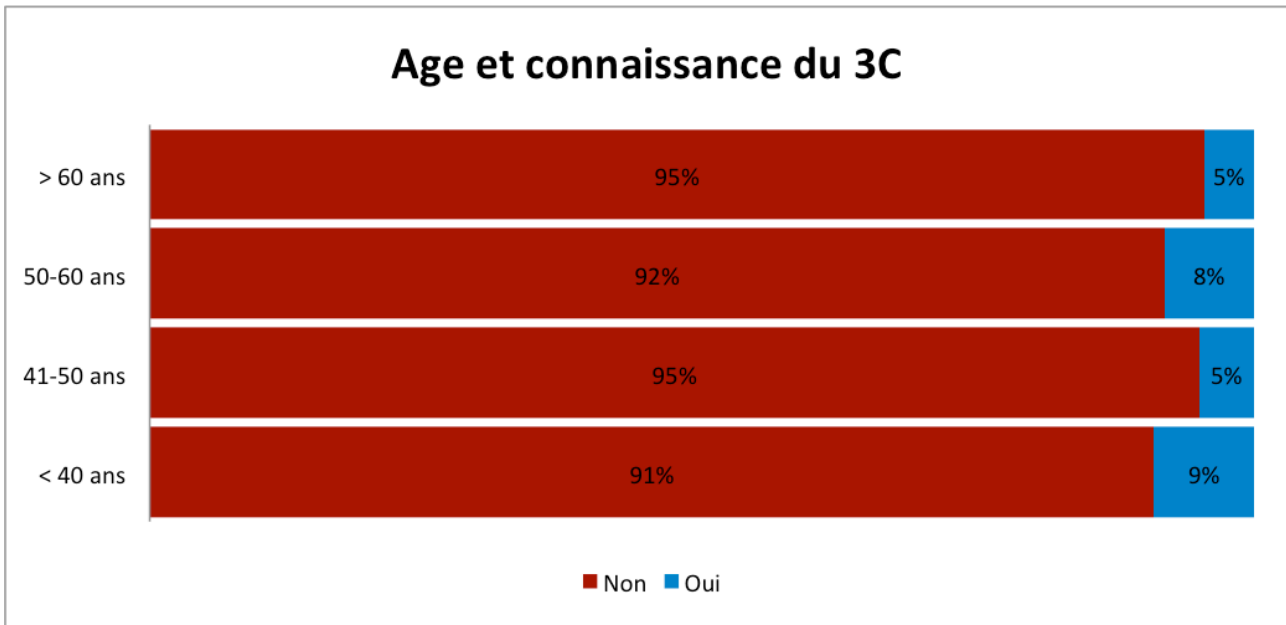
Figure 7 : Connaissance du 3C et du RRC



Le RRC est mieux connu que le 3C à 36 % contre 7 %.

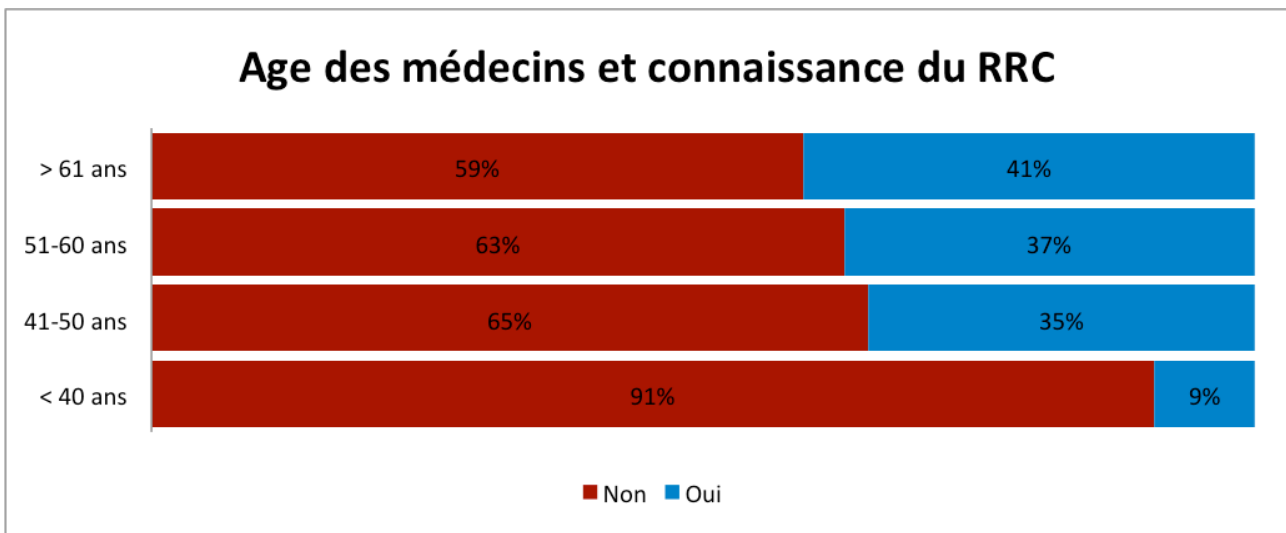
Nous avons voulu savoir si l'âge influençait la connaissance du 3C ou du RRC.

Figure 8 : Relation âge et connaissance du 3C.



Selon un test de Fischer exact, il n'existe aucun lien significatif entre âge et connaissance du 3C ($p=0,766$).

Figure 9 : Relation entre âge et connaissance du RRC.

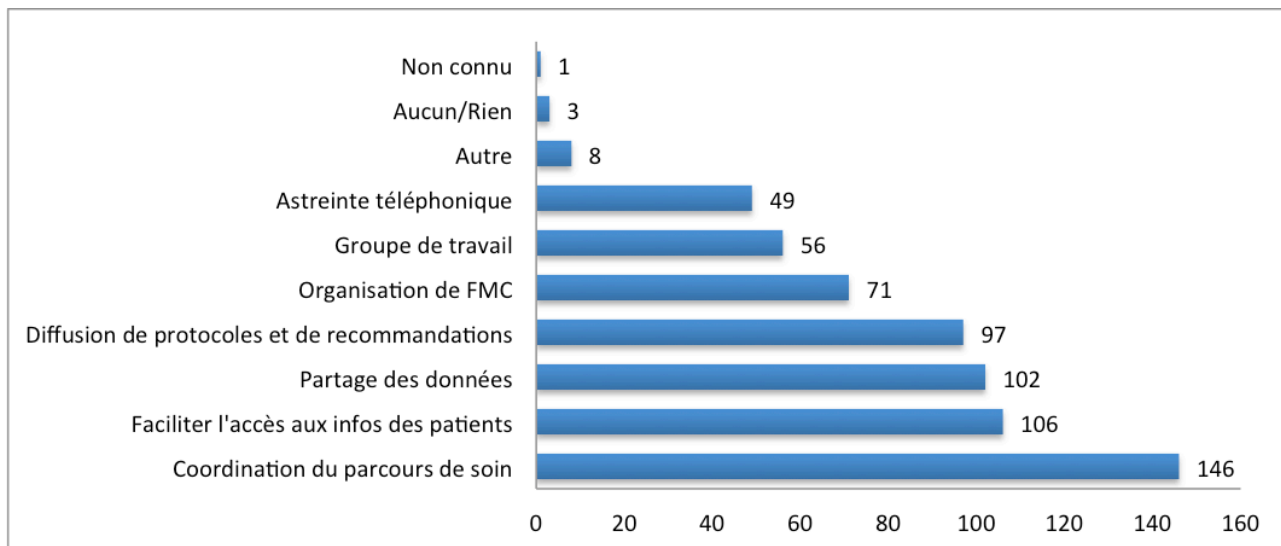


Il est retrouvé une association significative entre les moins de 40 ans et la non-connaissance du RRC (Test de Fischer Exact $p=0,05$).

Nous avons également voulu savoir s'il existait une association significative entre le mode d'exercice et la connaissance de ces 2 institutions. Aucun lien n'a été retrouvé, que ce soit

pour le 3C (Test de Fischer exact $p=0,38$) ou le RRC (Test du Khi 2 $p=0,402$).

Figure 10 : Attentes d'un RRC.



Les MG attendent d'un RRC qu'il permette une meilleure coordination dans le parcours de soin des patients le plus souvent.

Les autres attentes mentionnées dans les commentaires sont :

- « faciliter la prise en charge des complications aiguës des traitements »
- « prendre en charge rapidement les patients »
- « pouvoir adresser le patient en dehors des consultations programmées par le protocole ; être averti avant... »
- « recherche sur les causes des cancers. Pourquoi y-a t-il de plus en plus de cancers ? »

1 MG se pose la question de l'intérêt d'une multiplication des réseaux.

2.5. Compétences des MG.

Tableau 9 : Compétence des MG.

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Oui, tout à fait	9	5	0,71-9,23
Plutôt oui	128	71	61,80-79,64
Non, pas du tout	5	3	0,05-5,97
Plutôt non	38	21	13,01-28,98
Non connu	1	1	0,03-2,01
Total	181	100	

Les MG se sentent plutôt compétents pour la plupart d'entre-eux (71%).

En cas de réponse négative, il leur était demandé de commenter leur réponse. La plupart disent qu'ils ne se sentent pas compétents car ils connaissent mal ou peu les différentes thérapeutiques et leurs effets secondaires. Ces connaissances relèvent plus du spécialiste que du généraliste.

Un MG déclare manquer de formation dans la prise en charge palliative à domicile. 2 autres affirment qu'il est souvent difficile d'avoir un lien entre le domicile et l'hôpital pour permettre une coordination des soins.

2.6. Besoin de formation

Tableau 10 : Besoin de formation des MG

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Oui	128	75	66,67-83,61
Non	43	24	15,42-32,10
Non connu	2	1	0,04-3,15
Total	181	100	

75 % d'entre-eux disent avoir besoin de formation. En cas de réponse positive de leur part, il leur était demandé sous quelle forme ils souhaitaient y participer. Leurs réponses ont été les suivantes :

- réunion entre confrères et avec des spécialistes,
- présentation de cas cliniques,

- utilisation d'internet avec formation via des vidéos conférences,
- formation le soir ou le week-end,
- DPC ou FMC,
- newsletters,
- stage pratique en milieu hospitalier.

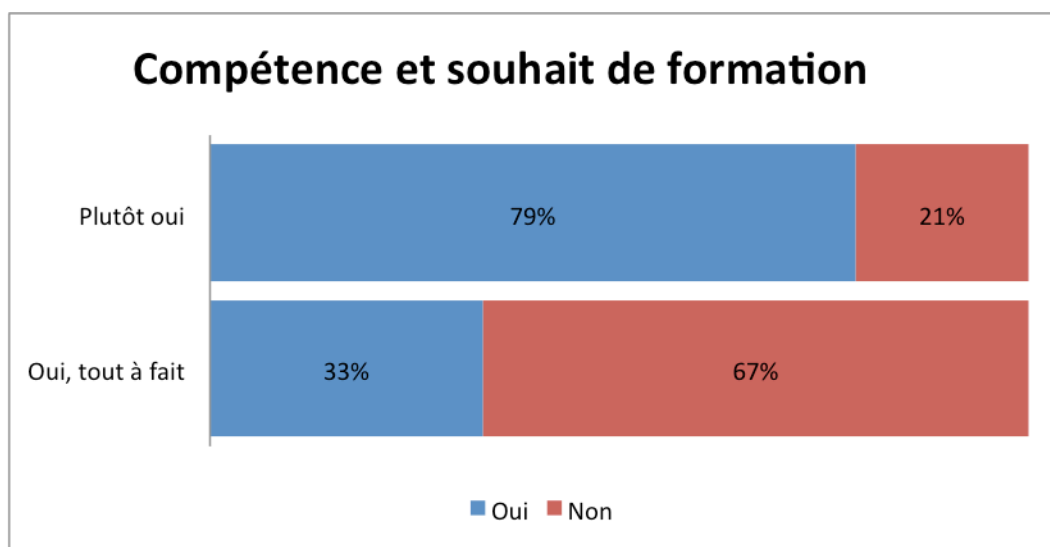
Nous avons voulu savoir si ceux qui se disent moins compétents, voulaient plus se former que ceux disant l'être.

Tableau 11 : Lien entre compétence et désir de formation

	Compétent	Non compétent	TOTAL
Désir de formation	104	32	136
Pas de formation	33	10	43
TOTAL	137	42	179

Aucun lien significatif n'a été retrouvé entre le désir de formation et le sentiment de compétence ($p=0,97$). Par contre, il existe un lien significatif entre la réponse « plutôt oui » à la question de la compétence et le désir de formation ($p= 0,000006$).

Figure 11 : Compétence et souhait de formation



Les thèmes sur lesquels les MG souhaitent se former sont majoritairement la surveillance pendant et après les traitements.

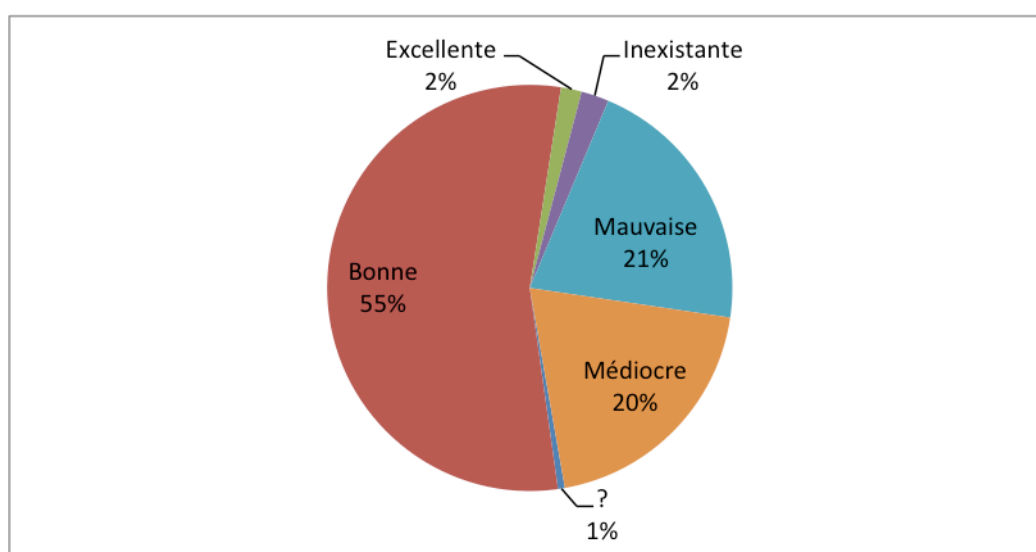
Tableau 12 : Thèmes de formation souhaités (plusieurs réponses possibles)

Suivi du traitement (tolérance, prise en charge des effets secondaires)	100 (56%)
Surveillance après traitement (dépistage des récives, suivi des séquelles)	89 (49%)
Diagnostic (dépistage)	82 (46%)
Accompagnement en phase terminale (soins palliatifs)	71 (39%)
Décisions thérapeutiques	61 (34%)
Annonce de la maladie	38 (21%)
TOTAL	441

2.7. Circulation de l'information entre la ville et l'hôpital.

57 % des MG considèrent comme bonne ou excellente la circulation de l'information entre la ville et l'hôpital contre 43 % qui la considèrent comme mauvaise, médiocre ou inexistante. Un MG n'a pas répondu à la question.

Figure 12 : Circulation de l'information entre la ville et l'hôpital.



Il leur était ensuite demandé de commenter leur réponse ou de suggérer des améliorations. Les remarques les plus fréquentes concernaient le délai trop long des courriers de sortie d'hospitalisation ou des compte-rendus de consultations, et l'absence de contact direct avec les spécialistes oncologues.

Beaucoup suggèrent l'utilisation des messageries sécurisées type « apicrypt ».

Globalement, ils estiment tout de même, que cette circulation d'information s'est améliorée

ces dernières années. 2 MG préfèrent cependant travailler avec les cliniques privées.

2.8. Participation aux RCP

Tableau 13 : Participation aux RCP

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Oui	59	33	23,41-41,78
Non	122	67	58,22-76,59
Total	181	100	

Les raisons pour lesquelles ils ne souhaitaient pas participer sont :

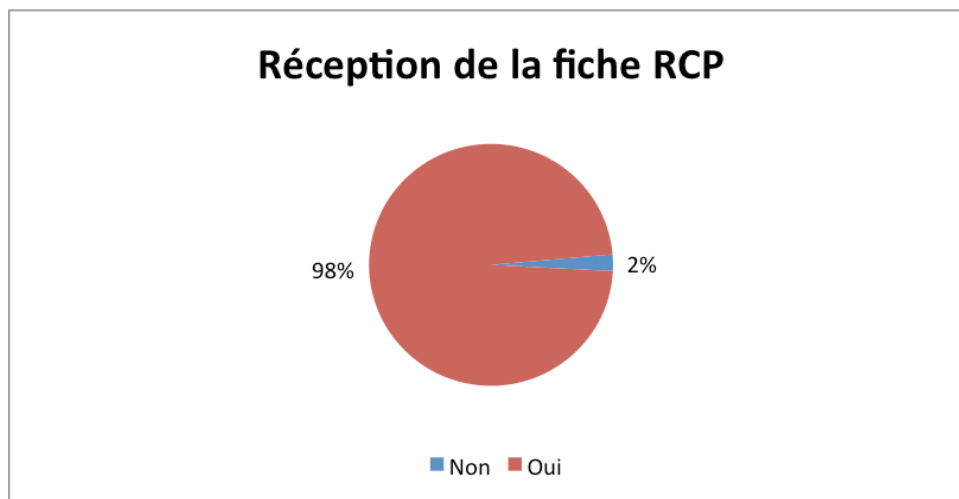
- le caractère chronophage et donc la question du manque de temps,
- l'âge ou la fin de carrière,
- le manque de compétences nécessaires notamment sur le plan thérapeutique.

1 MG évoque l'absence de rémunération. 2 MG estiment que dans tous les cas, leur avis ne serait pas pris en compte et que donc ils se sentiraient « exclus ».

L'intérêt de l'utilisation des messageries sécurisées est de nouveau exprimé. 3 MG se disent intéressés à la participation aux RCP si elle était possible via des vidéo-conférences ou « Skype ® ».

2.9. Réception de la fiche RCP.

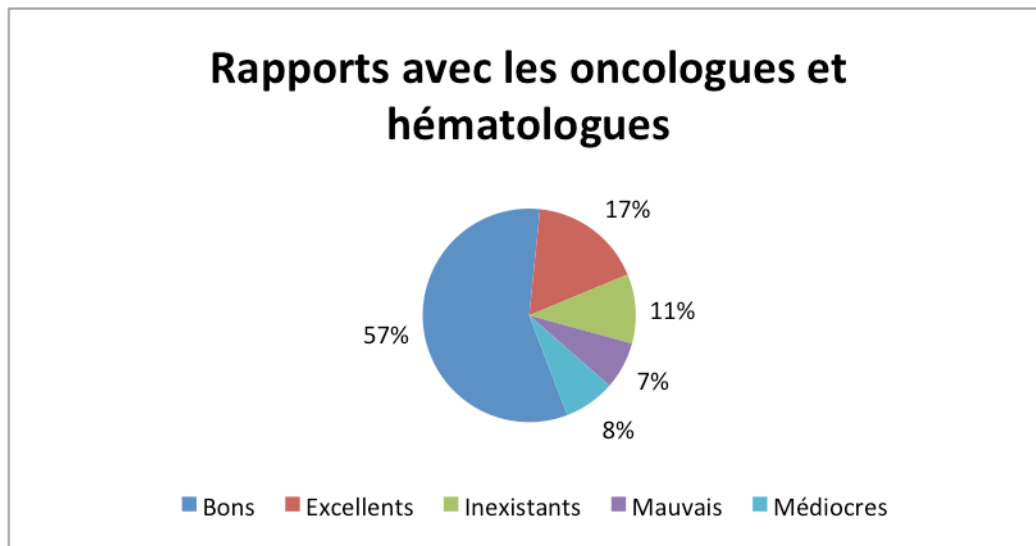
Figure 13 : Souhait de réception de la fiche RCP.



98 % des MG désirent recevoir la fiche RCP des patients.

2.10. Rapports avec les oncologues et les hématologues.

Figure 14 : Rapports avec les oncologues et les hématologues.

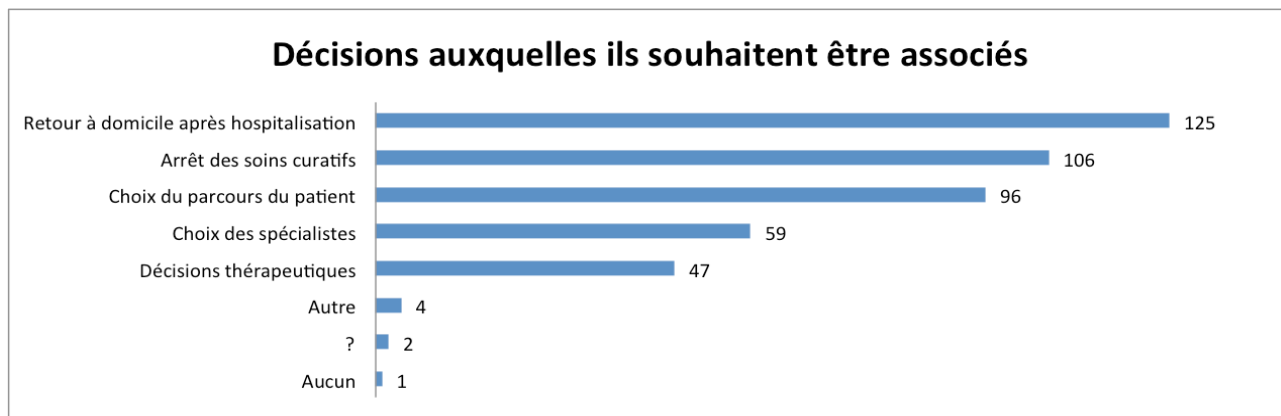


74 % des MG trouvent leurs rapports avec les oncologues et les hématologues bons ou excellents contre 26 % de mauvais, médiocres ou inexistants.

Les commentaires concernant ces relations relatent de nouveau des problèmes dans le délai de réception des courriers. Ils expriment leur difficultés à joindre par téléphone les spécialistes concernés. Ils souhaiteraient plus de contacts directs soit de visu soit par téléphone notamment en cas de situation urgente.

2.11. Décisions auxquelles les MG souhaitent être associés pour leurs patients.

Figure 15 : Décisions auxquelles ils souhaitent être associés



L'organisation du retour à domicile après hospitalisation est la préoccupation majeure des MG avant l'arrêt des soins curatifs ou du choix du parcours du patient.

2 MG n'ont pas répondu.

4 MG ont coché autre et écrit les commentaires suivants :

- « aucun »
- « Nous souhaitons être efficaces auprès de nos patients tout en restant à notre place de généraliste et de médecin de famille, une formation continue est utile »
- « une meilleure coordination des soins semble nécessaire. Renforcer la place du généraliste dans les réseaux de cancérologie. Finalement le patient cancéreux préfère être chez lui et c'est nous généraliste, qui assurons alors des soins pour lesquels nous sommes peu formés car peu informés. »
- « que le patient soit présent lors des RCP ».

1 MG a écrit en commentaire : « pouvoir faire le mieux possible mon travail comme s'il s'agissait d'un des miens et toutes ces phases impliquent évidemment la médecin traitant intégralement ».

2.12. Commentaires ou suggestions.

Les médecins y expriment de nouveau la place centrale qu'ils occupent dans la prise en charge des cancers. Leur mission, selon un MG est « d'aller jusqu'au bout avec nos patients

et accompagner la famille ». Ils déplorent le manque de communication avec les spécialistes conduisant parfois à des situations conflictuelles avec les familles des patients. En effet, les MG ne savent pas toujours ce qui a pu être dit ou décidé lors de la consultation avec le spécialiste.

Un médecin suggère l'utilisation de « fiches de suivi » comportant un tableau avec les examens complémentaires à programmer.

III. DISCUSSION.

3.1. Discussion de la méthode.

a) Le questionnaire.

Aux questions « A quel(s) stade(s) de la maladie vous sentez vous impliqués ? » et « si oui (à la question souhaitez vous vous formez) sur quel(s) thème(s) ? », l'item « diagnostic (dépistage) » n'est pas scindé en 2 items distincts et « dépistage » est réitéré. Il s'agit donc d'un facteur de confusion possible.

Concernant la question « en synthèse, quelles sont les contraintes dans votre pratique qui vous freinent dans la prise en charge des patients atteints de cancer ?

- le caractère chronophage
- la charge affective importante
- la nécessité de visites à domicile
- la nécessité d'être joignable et disponible
- la nécessité de gérer des situations lourdes et graves en ambulatoire (exemple aplasie fébrile)
- la difficulté d'organisation des soins dans cette prise en charge pluridisciplinaire
- l'absence de rémunération adaptée
- le manque de formation dans cette discipline
- le manque de coordination ville/hôpital
- autre- précisez :..... »

Cette question n'a pas été retranscrite sur le serveur par omission. Il s'agit cependant, d'une question importante qui aurait pu apporter d'autres informations essentielles.

Il n'était pas spécifié dans le courrier adressé aux médecins pour leur exposer l'étude, que ce travail portait spécifiquement sur leurs relations avec les hôpitaux de Roubaix et de Tourcoing. De ce fait, de nombreux médecins ont rapporté certaines difficultés rencontrées avec le CHRU de Lille. Ce qui n'était donc pas des données exploitables pour notre étude.

b) Biais de volontariat.

299 MG ont accepté de participer à l'étude sur 389 MG contactés. On peut donc supposer que ceux qui ont accepté d'y participer étaient particulièrement intéressés par le sujet et donc impliqués dans la prise en charge des cancers, d'où un biais de volontariat.

c) Biais d'une enquête déclarative.

Toutes les réponses aux questions sont déclaratives et ne reflètent pas toute la réalité. Ceci est caractéristique de ce type d'étude.

3.2. Taux de participation.

Le taux de participation global s'élève à 40,53 %, ce qui correspond à un bon taux de participation en comparaison aux autres études menées sur le cancer ^(30, 31,32).

Ceci est probablement grâce à l'appel ayant précédé l'envoi du questionnaire. De nombreux médecins ont d'ailleurs souligné ce point car il est peu fréquent de leur demander leur accord avant la participation à une étude.

Le serveur sur lequel était hébergé le questionnaire n'enregistrait pas toujours, de façon systématique, l'adresse mail du répondeur. Ce qui a conduit à réaliser des rappels auprès de MG ayant déjà répondu. Certains MG ont renvoyé un courriel le précisant mais d'autres ne l'ont pas fait, en pensant probablement que leur réponse n'avait pas été enregistrée. Il peut alors se poser la question de la présence d'un biais d'information lié au fait qu'un MG a pu répondre 2 fois au questionnaire. Lors du recueil des réponses, 11 MG avaient répondu 2 fois donc une seule réponse a été prise en compte.

3.3 Représentativité de l'échantillon.

En 2013, dans le Nord, la moyenne d'âge des MG était de 51 ans. Les moins de 40 ans représentent 16 % et les plus de 60 ans représentent 21 % ⁽³³⁾. Dans notre étude, la

moyenne d'âge est de 54 ans avec 48 % des MG qui ont entre 51 et 60 ans. Les plus de 60 ans sont 24 % mais les moins de 40 ans sont 6 %. Nous sommes donc représentatifs au niveau de la moyenne d'âge et de la proportion des plus de 60 ans mais pas des moins de 40 ans.

Au niveau de la répartition des sexes des MG du Nord, les hommes sont 63 % contre 37 % de femmes. Notre échantillon n'est pas représentatif avec 84 % d'hommes versus 16 % de femmes.

Il n'existe aucune donnée concernant la répartition des modes d'exercice.

3.4. Critères épidémiologiques.

Les MG interrogés ont déclarés découvrir en moyenne 7,5 nouveaux cas par an avec 84 % d'entre-eux qui en découvrent 10 ou moins. Ce taux est comparable à l'étude de Tardieu et al⁽³¹⁾ dont le nombre de nouveaux cas est estimé à 6 par et an et celle de Nguyen et al où il est estimé entre 5 et 10 par an⁽³⁴⁾.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre l'âge et le nombre de nouveaux cas découverts par an. Par contre, quand on compare le nombre moyen, on constate que les plus de 60 ans en découvrent 6,82 par an contre 5,73 pour les moins de 40 ans. On peut alors se demander si cette différence, même non significative, est proportionnelle à l'âge de la patientèle. Les médecins âgés ont-ils une patientèle plus âgée et à l'inverse les plus jeunes ont-ils une patientèle également plus jeune ? Ou, cette différence est-elle liée à l'expérience du médecin et à son niveau de formation ? Une réponse partielle est fournie par une étude canadienne⁽³⁵⁾ qui montre que plus les médecins traitants sont âgés, plus leur patientèle est nombreuse, d'où probablement le nombre moyen plus important de nouveaux cas de cancers découverts par an.

46 % des MG de notre étude, suivent entre 10 et 30 patients atteints de cancer. Ce taux est comparable à celui des autres études^(34,36). La proportion de patients suivis pour un cancer par les MG ne cesse de croître depuis ces dernières années. Selon l'Observatoire de la médecine générale, en 1994, les MG suivaient en moyenne 12,4 patients atteints de cancers. Ce chiffre passe à 20,4 en 2009. Ceci est dû d'une part à l'augmentation de l'incidence des cancers mais également au nombre croissant de malades en rémission grâce à l'évolution des thérapeutiques.

3.5. Place centrale du médecin généraliste.

Le second plan cancer et la loi « Hôpital, patient, santé, territoire » ⁽¹⁵⁾ montrent une volonté des pouvoirs publics à une implication croissante du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancers. Une enquête de La Ligue contre le Cancer ⁽³⁷⁾ menée en novembre 2008 montre que les MG se sentent impliqués dans le diagnostic du cancer (88%), le conseil et l'information aux malades (86%), le suivi après la sortie du malade de l'hôpital (84%) et le conseil et l'information aux familles des malades (77%). Par contre 56 % ne se sentent pas impliqués dans les décisions concernant le traitement et le suivi du traitement. Ceci corrobore nos résultats avec seulement 4 % des MG interrogés impliqués dans les décisions thérapeutiques. L'étude a été présentée en FMC de Tourcoing le 04/06/2013. Un des médecins a souligné ce résultat, disant ne pas être surpris car ils n'ont pas les connaissances requises pour ces décisions et qu'il s'agit du ressort du spécialiste.

La prévention et le dépistage sont les 2 stades pour lesquels les MG se sentent le plus impliqués. Les mesures 14, 15 et 16 du Plan Cancer 2009-2013 mettent l'accent sur le rôle primordial du MG dans le dépistage des cancers. Une étude de l'INCa de septembre 2010, montre que les MG sont convaincus de l'intérêt du dépistage pour les cancers du sein, colorectal, du col de l'utérus et de la prostate ⁽³⁸⁾. Ils considèrent leur rôle comme indispensable en terme de santé publique ⁽³⁹⁾. Mais, une autre étude menée en Picardie en 2004 montre que les MG connaissent parfois mal les recommandations de dépistage de certains cancers ⁽⁴⁰⁾.

Concernant la prévention, qu'elle soit liée au cancer ou non, les MG expriment de nombreuses difficultés pour sa mise en place. Le manque de temps et la conception du dossier médical sont les principaux freins à sa mise en pratique quotidienne ⁽⁴¹⁾. Or les patients sont très en demande, puisque dans cette même étude, 70 % des patients interrogés souhaiteraient que la prévention soit abordée au cours d'une consultation spécifique. Mais parfois la mauvaise adhésion du patient n'incite pas toujours à de la prévention.

Dans une étude de 2008 du Centre de recherche Médecine, Sciences, Santé et Société (Cermes), tous les MG interrogés ont déclarés connaître les circonstances de découverte de cancer de leur patient ⁽²⁶⁾. Trois situations peuvent se présenter : soit la découverte du cancer entre dans le cadre d'un dépistage systématique, soit il est découvert sur point d'appel

clinique ou en cas de réalisation d'un examen pour un tout autre motif.

Une fois le diagnostic posé, qu'il ait été confirmé en partie ou en totalité, le MG « passe la main » aux équipes spécialisées pour la réalisation d'examens complémentaires ou de prélèvements anatomopathologiques. Il ressort de cette même étude, que les MG adressent le plus souvent leur patient aux équipes avec lesquelles ils ont tissé une relation médicale forte. En l'absence de connaissance, la seconde option la plus plébiscitée est la renommée de l'équipe spécialisée. Parfois, encore, c'est le patient qui choisit lui-même.

Dans notre étude, comme dans la précédente, les MG revendiquent l'annonce du diagnostic. Pour 55% de leur patient, les MG déclarent avoir réalisé l'annonce dans l'étude de 2008. En effet, ils ont établi au fil des années, une relation de confiance avec leur patient. De plus, ils ont pu préparer cette annonce par la réalisation des examens successifs et au moment où ils adressent leur malade aux équipes spécialisées. Ils ont une connaissance du malade qui leur permet de trouver les mots justes. Dans les autres cas, le diagnostic est annoncé par l'équipe spécialisée.

Le dispositif d'annonce a été mis en place par le premier Plan Cancer ⁽¹¹⁾ suite aux revendications légitimes des malades lors des Premiers Etats généraux du Cancer. Il comporte un temps médical d'annonce et de propositions thérapeutiques décidées en RCP, un temps soignant de soutien et de repérage des besoins du patient, et, un accès pour le malade à des compétences de soin de support. C'est à ce moment-là de la prise en charge que les relations entre MG et équipe spécialisée sont primordiales. Le médecin traitant doit être informé des éléments discutés lors de cette consultation. Les oncologues ont eux aussi, besoin de connaître l'environnement personnel du malade pour adopter la meilleure prise en charge possible ⁽³²⁾. L'amélioration de la communication entre médecine de ville et médecine hospitalière est une demande forte des malades et de la Ligue nationale contre le cancer ⁽⁴²⁾.

Une enquête menée en 2009 auprès de malades, montre que 60 % d'entre-eux considèrent comme « suffisante » la durée de la consultation d'annonce ⁽⁴³⁾. 85 % souhaiteraient compléter leur information auprès de leur médecin traitant, leur chirurgien, ou leur spécialiste voire avec le médecin oncologue après avoir préparé une liste de questions.

De nouveau dans l'étude de 2008 du Cermes, 86 % des MG déclarent avoir été informés de la prescription des traitements initiaux par les équipes spécialisées ⁽²⁶⁾. Ceci est probablement lié aux mesures prises par le Plan Cancer 2003-2009 grâce à la mise en place du

Programme personnalisé de soin (PPS) (Mesure 31). Ce PPS est un document papier comportant la thérapeutique envisagée, la date des bilans prévus en cours de traitement, les noms et coordonnées du médecin responsable du traitement et de l'équipe soignante référente afin que le médecin traitant puisse les joindre en cas de problème et, si besoin, les coordonnées d'association de patient. Ce document est remis au patient au terme de la RCP et donc de la consultation d'annonce.

Dans notre étude, 74 % des MG souhaiteraient être plus impliqués dans le suivi du traitement. Dans celle de Couraud et al, 84,1 % souhaitaient y être impliqués. Cependant, une étude de 2012 menée à Annecy, montre que seulement 49 % des malades consultent plus souvent leur MG lors de la chimiothérapie, 32 % le consulte à la même fréquence, 19 % moins souvent voire pas du tout ⁽⁴⁴⁾. Dans une étude néerlandaise, il a été démontré qu'entre 6 et 24 mois après la découverte du cancer, les malades consultaient plus souvent leur MG ⁽⁴⁵⁾. Est-ce une particularité française de moins consulter ? Les raisons avancées par les patients d'Annecy qui consultent moins leur médecin voire pas du tout sont :

- pour 22 %, ils jugent inutile de consulter,
- 17,3 % estiment que le cancer est une pathologie trop grave pour être suivi par un MG,
- 15,7 % estiment que leur MG n'a pas suffisamment de temps à leur consacrer,
- 12,6 % considèrent que les difficultés de communication entre spécialistes et MG sont un frein dans leur prise en charge.

Une étude menée en Estonie en 2013 rapporte que les patients considèrent que leur médecin de famille n'a que peu de rôle dans la prise en charge de leur cancer ⁽²⁹⁾. Malgré cela, ils souhaiteraient que leur médecin soit plus impliqué et ce, grâce à une amélioration des échanges entre leur oncologue et leur médecin de famille.

Lors de la présentation en FMC le 04/06/2013, un MG a fait remarquer qu'« heureusement qu'il leur faut leur arrêt de travail sinon, je ne verrais plus certains de mes patients en cours de chimiothérapie ». Or, les malades qui consultent plus fréquemment leur médecin, présentent le plus souvent des problèmes médicaux en lien avec les chimiothérapies. Les MG sont souvent démunis face à ces problèmes car ils manquent de connaissances. L'une des propositions avancées lors de cette soirée par les MG, seraient des fiches récapitulatives envoyées au médecin traitant avec les effets secondaires et les prises en charge de ces

effets en même temps que le courrier reçu après la consultation d'annonce.

Que ce soit en cours de traitement ou après, les problèmes psychologiques et la douleur sont les 2 problèmes les plus courants.

La surveillance après traitement est souvent réalisée à la fois par le MG, par l'oncologue mais aussi par le spécialiste d'organe.

Dans une étude néerlandaise de 2012, même 2 à 5 ans après les traitements, les patients consultent plus souvent leur médecin généraliste pour des pathologies chroniques ou des problèmes psychologiques ⁽⁴⁶⁾. Les raisons évoquées sont une fragilité accrue suite aux traitements ou des patients plus attentifs à leurs problèmes de santé.

Bien souvent, et à regret, les médecins disent dans l'étude du Cermes ⁽²⁶⁾, que les malades les consultent plus pour les pathologies banales (hypertension, diabète,...) que pour le cancer en lui-même quand ils ne présentent pas de problèmes en rapport avec leur cancer. C'est en général le MG qui demande où en est le patient car sinon les patients n'abordent pas le sujet spontanément.

Les MG sont très impliqués lorsque le malade passe en phase palliative. Il a dans ces cas là, un rôle d'accompagnement du malade et de sa famille. De nouveau, ils se sentent souvent démunis notamment car ils maîtrisent mal l'utilisation des morphiniques et des autres thérapeutiques à visée symptomatique ⁽⁴⁷⁾.

On peut donc constater que les MG se sentent impliqués à tous les stades de la maladie. Mais on voit aussi, que du côté des patients, ils souhaiteraient que leur MG s'implique plus dans la prise en charge de leur cancer.

D'ailleurs la qualité de vie des patients atteints de cancer est étroitement liée à la présence de leur médecin généraliste. Plus le MG s'occupe de leur problèmes médicaux généraux, qu'il leur fournit des informations adaptées à leur cancer et qu'il les accompagne tout au long de leur maladie, plus ce score de qualité de vie est élevé ⁽⁴⁸⁾.

3.6. RRC et 3C.

Que ce soit le RRC ou le 3C, on remarque dans notre étude, que les MG ne les connaissent que très peu. Ce qui aurait été intéressant de leur demander pour ceux qui connaissent, c'est la façon dont ils ont été informés de leur existence.

Dans l'étude de Couraud et al, 54,8 % ne connaissent pas le réseau de leur secteur ⁽³⁰⁾. Dans notre étude, 64 % ne le connaissent pas et plus encore le 3C (93%).

A la question « quel(s) service(s) attendez-vous d'un réseau de cancérologie », la majorité des MG attendent une meilleure coordination du parcours de soin du patient (146 MG). Puis, ils ont répondu faciliter l'accès à l'information des patients et de leur famille. Les mêmes résultats ont été obtenus dans l'étude de Couraud et al. Mais comment interpréter ces résultats alors que peu de MG le connaissent. D'ailleurs seuls, 4 MG ont coché autre et retranscrit une autre attente. Qu'attendre d'un réseau qu'on ne connaît pas ?

Aucun des critères, comme l'âge ou le mode d'exercice ne sont associés à une meilleure connaissance de ces 2 structures. Or, on aurait pu penser, que les plus jeunes auraient eu notion de l'existence des ces 2 organisations de part leur formation universitaire. Ce qui n'est pas le cas. Mais il n'est pas possible d'interpréter ces résultats puisque nous ne sommes pas représentatifs concernant les moins de 40 ans.

Le RRC du Nord Pas de Calais ou ONCONPDC a pour objectif en 2014 de favoriser la coordination ville-hôpital. Pour cela, ils ont recensé l'ensemble des structures hospitalières et non-hospitalières durant l'année 2013. Celles-ci seront visibles et accessibles via une représentation cartographique sur le site internet du réseau. L'objectif de ce projet est « d'apporter aux professionnels de santé, aux patients et à leur entourage une bonne visibilité des ressources régionales disponibles en cancérologie par zone de proximité ». Ceci permet aux professionnels « de premier recours » d'orienter leur patient au mieux. Le tout est de favoriser le lien entre le RRC et ces mêmes professionnels.

Chaque MG peut adhérer au réseau en remplissant un formulaire dédié. Il peut alors participer aux différents groupes de travail, reçoit les nouvelles recommandations de l'INCa et de l'HAS, les guides ALD 30, etc.

L'étude de 2008 du cermes montre cependant une certaine réticence de certains spécialistes à l'intégration des MG aux réseaux ⁽²⁶⁾. D'une part car la proportion de patients atteints de cancer dans la patientèle d'un MG est faible. D'autre part car les médecins généralistes n'ont pas « besoin de plus d'informations pour le suivi que ce qu'ils peuvent effectuer ».

Les MG eux même ne sont pas toujours enclin à intégrer ces réseaux. La contrainte de temps est la raison la plus souvent exprimée. Un MG a d'ailleurs écrit en commentaire « quelle est cette mode des réseaux ? »

Lors de la présentation de notre étude, il est à noter qu'aucun MG présent ne nous a posé de question sur le réseau et le 3C. Nous n'avons, d'ailleurs, pas présenté ces structures. Or, c'est à travers ces différentes soirées de formation qu'il faudrait promouvoir l'utilité du réseau.

3.7. Formation des MG.

Dans l'enquête de la Ligue de 2010, 84 % des médecins interrogés souhaitent se former mais seul 1 sur 2 y participe ⁽²⁸⁾. Dans notre étude, même si 76 % se disent compétents, 75 % souhaitent continuer à se former.

Les 2 principaux thèmes de formation demandés, sont le suivi du traitement avec la gestion des effets indésirables et la surveillance après traitement. 34 % souhaiteraient se former sur les décisions thérapeutiques. Ce qui n'est pas un taux négligeable. Mais, comment expliquer ce taux alors que seulement 4 % des MG se sentent impliqués dans ces décisions. Ils ne se sentent probablement pas impliqués car ils ne sont pas formés.

Le mode de formation le plus plébiscité est le mode le plus classique c'est à dire FMC ou DPC. Cependant, de plus en plus de médecins souhaitent recourir à internet ou à des visioconférences.

Le Plan Cancer 2003-2009 prévoyait de renforcer la formation de tous en cancérologie et notamment, dès le début des études médicales.

Le deuxième cycle des études médicales (DCEM) dure 4 ans en vue du passage de l'examen classant national (ECN). Le programme de cet ECN est segmenté en modules eux même

divisés en item ⁽⁴⁹⁾. Il comporte comme module :

- module 5 : Handicap-Vieillesse-Dépendance-Douleur-Soins palliatifs-Accompagnement
- module 9 : Cancérologie et Onco-hématologie.

Les facultés sont libres d'organiser l'enseignement de ces modules. Tous les médecins n'ont donc pas reçu la même formation au cours de leur cursus universitaire du second cycle.

L'ECN est obligatoire pour tous depuis 2004. La médecine générale est donc devenue une spécialité la même année ⁽⁵⁰⁾. Le DES de médecine générale comporte 3 années d'internat. Mais le stage de cancérologie ne fait pas partie des stages obligatoires. Peu de médecins ont donc eu l'occasion de réaliser un stage pratique en cancérologie.

Depuis l'arrêté du 26 janvier 2007, les Diplôme d'études spécialisées complémentaires de cancérologie (DESC) et celui de la médecine de la douleur et médecine palliative sont accessibles aux internes et aux médecins généralistes titulaires du DES de médecine générale. Ce qui permet aux médecins généralistes d'intégrer l'organisation des réseaux de cancérologie et donc d'y travailler.

La FMC est rendue obligatoire par une Ordonnance du 24 avril 1996. Elle devient Développement professionnel continu (DPC) suite à la loi du 22 juillet 2009 ⁽¹⁵⁾. Cependant, les informations données au cours de ces journées, deviennent rapidement obsolètes du fait de l'évolution rapide des nouvelles thérapies. La mesure 63 du premier Plan cancer le souligne d'ailleurs et propose de réorganiser cette formation médicale continue. Beaucoup de MG interrogés dans notre étude souhaiteraient pouvoir, également, passer une journée au sein d'un service de cancérologie. Le 3C du Versant Nord-Est y travaille, afin d'organiser un stage pratique en cancérologie au sein des hôpitaux de Roubaix et de Tourcoing.

Pour répondre à ce besoin de formation des MG, L'INCa et l'HAS ont publié des guides ALD pour les médecins traitants. Ces guides ont pour objectif de présenter la prise en charge de ces patients et les actes et prestations nécessaires à celle-ci.

Les patients ne sont pas en reste puisqu'il en existe également pour eux sur la plupart des cancers et aussi sur la vie après le cancer.

Des fiches conseils régionales pour la prise en charge des effets indésirables des traitements anti cancéreux sont en cours d'élaboration par le RRC Onconpdc. Un travail de thèse est

d'ailleurs mené en ce moment pour déterminer les besoins spécifiques des MG et établir des fiches adaptées à ces besoins.

3.8. Relations ville-hôpital.

Dans notre étude, 57 % jugent comme bonne ou excellente la circulation de l'information entre la ville et l'hôpital. 74 % considèrent qu'ils ont de bons voire d'excellents rapports avec les oncologues et les hématologues.

Dans bon nombre d'études, on considère comme inadéquate la communication entre les spécialistes hospitaliers et les MG. Beaucoup rendent responsables les médecins hospitaliers. Mais d'autres estiment que les MG ont eux aussi leur part de responsabilité. Wood définit dans son étude des barrières intrinsèques et extrinsèques à la mise en place de cette communication entre MG et oncologues ⁽⁵¹⁾.

Les principales barrières extrinsèques sont l'absence de contact direct entre MG et oncologue et le délai de réception des courriers beaucoup trop tardif. Celles intrinsèques sont que les MG se dévalorisent pensant souvent à tort qu'ils n'ont pas les compétences et donc n'ont pas confiance en eux et, ils se sentent dévalorisés par les autres spécialistes. Cette étude date de 1993 et pourtant aux vues des commentaires rapportés dans la notre, c'est toujours vrai aujourd'hui.

La relation que peut avoir un patient avec son oncologue est souvent bien différente de celle qu'il peut entretenir avec un tout autre spécialiste. De par cette relation particulière, le patient lui même exclut parfois son médecin traitant de sa prise en charge ⁽⁵²⁾. Et, l'étude menée au CHR d'Annecy le prouve en partie ⁽⁴⁴⁾. Or, il est délétère pour le patient et surtout pour sa prise en charge si ces 2 spécialistes ne communiquent pas suffisamment ensemble.

En Angleterre, dans le cadre du cancer du poumon, une infirmière spécialisée est présente au cours de la consultation d'annonce. Une fois cette consultation terminée, elle prend le temps de discuter avec le malade et sa famille. Elle adresse ensuite une lettre de synthèse, en plus de celle de l'oncologue au médecin traitant du patient. Les MG ont été interrogés concernant cette lettre de synthèse ⁽⁵³⁾. 91 % souhaitent continuer à la recevoir et 97 % la trouvent utile ou très utile. Elle contient des informations concernant :

- la réaction du patient au moment de l'annonce,

- ce que le patient a compris du diagnostic et des conséquences éventuelles,
- les bénéfices attendus des traitements exprimés au patient,
- les différents intervenants au cours du traitement.

En France, dans le cadre du dispositif d'annonce, une infirmière intervient dans le temps dédié au repérage des besoins du patient. Les MG se disent submergés par l'abondance de courriers médicaux. Mais n'est-il pas possible d'adjoindre au courrier de l'oncologue, un mot de synthèse de l'infirmière pour transmettre justement ces informations essentielles pour le MG voire même de lui communiquer ces informations par téléphone ?

Les MG ont donc besoin de connaître ces notions essentielles. Mais les oncologues ont également besoin de connaître le contexte psycho social du patient pour adapter la prise en charge. La communication doit donc être bilatérale ⁽⁵⁴⁾.

Ainsi, le partage des données médicales entre les professionnels de santé est important dans l'amélioration de la qualité des soins et dans la continuité de la prise en charge du patient. Le Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC), mesure 34 du Premier Plan Cancer, a été mis en œuvre et développé par les RRC. Le second Plan Cancer, dans sa mesure 18.3, a prévu de l'intégrer au Dossier Médical Personnel (DMP).

Le DMP a été créé par la loi du 13 août 2004 ⁽⁵⁵⁾. Son but est de permettre aux professionnels de santé de partager les informations utiles à la coordination des soins du patient. Le DMP permet :

- d'accéder immédiatement aux informations médicales du patient,
- de faciliter le suivi du patient,
- de disposer rapidement des informations nécessaires à la prise en charge des patients lors d'une hospitalisation ou en cas d'admission aux urgences,
- d'éviter de prescrire des examens ou des traitements déjà initiés par d'autres confrères,
- de limiter le risque d'interactions médicamenteuses,
- de renforcer la collaboration des professionnels hospitaliers et libéraux.

Le DMP est en cours de généralisation à l'ensemble du territoire français.

En 2010, l'INCa et l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) ont élaboré le « Cadre National DCC et DMP ». Le DCC devra permettre aux professionnels de santé :

- d'échanger des données médicales (fiches RCP, compte rendus opératoires, d'anatomopathologie, ...)
- de gérer les outils nécessaires à l'activité de cancérologie : annuaire des RCP, élaboration du PPS, accès aux recommandations de pratique clinique et aux registres des essais cliniques.

Ce DCC est accessible via le site du RRC ONCONPDC.

Pour cela, il est important de pouvoir développer dans le même temps l'informatisation des médecins libéraux et donc l'utilisation des messageries sécurisées. Ce qui permet

- un gain de temps et de coûts,
- un gain logistique par dématérialisation des documents et suppression de la numérisation,
- traçabilité et sécurisation des données transmises,
- valeur probante des documents échangés par la signature électronique.

Les médecins l'ont d'ailleurs très bien exprimé lors de la soirée FMC en juin 2013.

Tout ceci concourt donc à favoriser les échanges entre les professionnels et améliorer la communication entre-eux.

D'autres études sur ces échanges seront à mener pour connaître l'efficacité de ces moyens mis en œuvre.

3.9. RCP.

33 % des MG souhaiteraient participer aux RCP. Mais le manque de temps et de compétences sont les principaux freins à cette participation. 98 % souhaitent malgré cela recevoir la fiche RCP.

La fiche RCP comporte 2 volets (Annexe 3). Le premier se compose de :

- contexte de la RCP
- situation clinique du patient
- classification clinique anatomopathologique
- description histologique du cancer.

Ces informations sont suivies de la proposition de prise en charge (ou 2ème volet de la fiche

RCP).

Cette fiche doit être intégrée au DCC et donc accessible à tous les professionnels de santé.

Lors de la soirée du 04/06/13, les questions concernant la RCP ont été nombreuses :

- « Qui compose une RCP ? »
- « Le patient peut-il être présent au cours de cette RCP ? »
- « Le médecin traitant peut-il être contre une décision de RCP et donc émettre son avis car il connaît mieux le patient et son environnement ? »

De part ces différentes remarques, on peut constater que les MG n'ont pas ou mal été informés sur le premier Plan Cancer.

Plusieurs médecins ont ajouté que s'ils y été conviés, ils y participeraient mais ils ne connaissent jamais la date à laquelle le dossier de leur patient est présenté.

Ils souhaiteraient donc s'impliquer aussi dans cette prise de décision.

Cependant, dans l'étude du cermes de 2008⁽²⁶⁾, certains spécialistes trouvent « absurde » leur présence lors de cette réunion de par leur manque de compétences. Mais les MG souhaitent, non pas donner leur avis quant aux thérapeutiques, mais concernant la faisabilité de ces traitements et par là même la volonté réelle du patient.

« Les patients sont d'accord quand vous leur proposer le traitement et à nous ils disent : Docteur, je ne veux pas qu'ils me fassent de la chimio. ».

Le développement de la télémédecine est donc indispensable. Même si aucune visioconférence n'est possible, les médecins de la soirée du 04 juin ont dit pouvoir et même vouloir y participer par téléphone. Les MG demandent donc que les équipes spécialisées les informent de la date et du lieu de la RCP à laquelle sera présenté leur patient.

Tout ceci sera éventuellement possible par la mise en place du DCC.

Conclusion.

Ce travail montre à quel point les MG se sentent investis pour leur patient notamment concernant la problématique du cancer. Le Plan Cancer 2009-2013 et la loi HPST ont d'ailleurs cherché à l'impliquer davantage. Cependant, en pratique ce n'est pas toujours le cas.

Les freins à une prise en charge optimale pour ces patients sont le manque de temps et surtout la lourdeur de la charge morale pour les médecins. Or, la qualité de vie de ces patients est étroitement liée à la qualité des soins de leur MG et de leur oncologue, mais également à la qualité des échanges entre ces 2 spécialistes. Dans notre étude, les MG sont globalement satisfaits de leur relation avec les spécialistes. Cette communication reste à améliorer ces prochaines années. En effet, la prise en charge ambulatoire des patients cancéreux se développe et devra donc impliquer davantage le MG. Ceci est d'ailleurs l'une des priorités du Plan Cancer 2014.

Pour que l'ambulatoire se développe, les MG ont également besoin de se former. Notre étude permet de démontrer leur volonté d'améliorer leurs connaissances dans ce domaine. Le RRC concourt à développer ces moyens de formation par de nombreux outils (organisation de formation, outils professionnels accessibles sur leur site, etc...).

Le RRC est d'ailleurs une structure pivot pour l'organisation de la cancérologie. Mais il ne pourra être pleinement efficace que si les MG s'approprient ses ressources. Et notre étude montre que seul, un tiers des MG le connaît.

Ce travail a donc permis de donner quelques pistes d'orientation. Il n'est cependant pas suffisant et ne reflète pas toutes les réalités quotidiennes. Il serait donc intéressant de le compléter par la réalisation d'une enquête qualitative à plus grande échelle, puisque nous nous sommes limités uniquement au versant Nord Est de la métropole lilloise.

Références bibliographiques.

1. Binder-Foucard F, Rasamimanana Cerf N, Belot A, 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. Synthèse [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2013. Accessible sur: <http://www.invs.sante.fr>
2. Poirier G. Evolution de la mortalité tous âges et de la mortalité prématurée par cancer dans le Nord-Pas de Calais entre 1982 et 2007. ORS Nord-Pas de Calais; 2011 décembre p. 164.
3. Autin F, Loens I, Menu P, Milhau M, Petri L, Ricouart P, et al. Programme régional cancers 2011-2015. 2011.
4. Beaune D, Caron R, Lafitte J-J, Steenhouwer F, Leleux A, Mencucci C, et al. Cancer bronchique et retard à la consultation lié à la précarité dans la région Nord-Pas-de-Calais. Rev Francoph Psycho-Oncol. 2006 Jun 1;5(2):109–14.
5. Jezewski-Serra D, Salines E. Evaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Institut de veille sanitaire; 2013 p. 31p.
6. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2011-2012 [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2013. Accessible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2011-2012>
7. Menard J, Bazy-Malaury C. Circulaire DGS/DH/AFS n°98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.
8. Rapport à la Conférence nationale de santé 1997 [Internet]. [cited 2014 Jan 20]. Accessible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984000115/index.shtml>
9. Compagnon C, Cuillere J, Maignien M, Tisseyre P. Les malades prennent la parole- Le livre Blanc des 1er Etats Généraux des malades du cancer. Ramsay. 1999. 262 p.
10. Charte de Paris.
11. Plan Cancer 2003-2007 [Internet]. Accessible sur www.plancancer.fr
12. Evaluation du plan cancer [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 Jan p. 495 pages. Accessible sur: www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cancer_230209.pdf
13. Plan cancer 2009-2013 [Internet]. Accessible sur: www.plancancer.fr

14. Grünfeld J-P. Rapport au Président de la République. Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013. Pour un nouvel élan. [Internet]. 2009 février. Accessible sur: http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/rapport_PrGrunfeld-2009.pdf
15. 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 juillet, 2009.
16. Vernant J. Recommandations pour le troisième plan cancer. 2013 Juillet p. 162.
17. Menvielle G, Chastang J-F, Luce D, Leclerc A. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Revue d'Épidémiologie Santé Publique*. 2007 Apr;55(2):97–105.
18. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. Accessible sur: <http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer?gclid=CPr2s-er07wCFUQUwwodsyEAnQ>
19. Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. 2005.
20. Maraninchi D, Podeur A, Van Roekeghem F. Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie. Sep 25, 2007.
21. Cahier des charges des 3C (centres de coordination en cancérologie) en Nord Pas-de-Calais. 2009.
22. Banks J, Hollinghurst S, Bigwood L, Peters TJ, Walter FM, Hamilton W. Preferences for cancer investigation: a vignette-based study of primary-care attendees. *Lancet Oncol*. 2014 Feb;15(2):232–40.
23. McIlfatrick 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.
24. 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)*. 2013 Oct 1;100(10):955–62.
25. Roorda C, de Bock GH, Berendsen AJ. Do breast cancer survivors visit their General Practitioner for psychological problems? Reply to: Heins et al.: For which health problems do cancer survivors visit their General Practitioner? *Eur J Cancer*. 2013 May;49(7):1791–2.
26. Bungener M, Demagny L. Prendre en charge le cancer en médecine générale [Internet]. Paris: Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société; 2008 Oct. Accessible sur: <http://www.cermes3.fr/IMG/pdf/2008-rapport-prise-en-charge-cancer-medecine-generale.pdf>
27. Geelen E, Krumeich A, Schellevis FG, van den Akker M. General practitioners' perceptions of their role in cancer follow-up care: A qualitative study in the Netherlands.

Eur J Gen Pract. 2014 Mar;20(1):17–24.

28. Le généraliste face au cancer | la maison du cancer [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar 25]. <http://www.la-maison-du-cancer.com/magazine/la-salle-d-infos/enqu-te/le-g-n-raliste-face-au-cancer>
29. Suija K, Ilves K, Ööpik P, Maaros H-I, Kalda R. Patients' experience with cancer care: A qualitative study in family practice. Eur J Gen Pract. 2013 Jun;19(2):111–6.
30. Couraud C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer [médecine générale]. Paris 7-Diderot; 2011.
31. Tardieu E, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. Bull Cancer 2012. 2012 mai;99(N°5):557–62.
32. Abbioui S. Gestion de l'information médicale entre la ville et l'hôpital autour des patients bénéficiant d'une chimiothérapie antinéoplasique au GHICL. Université du droit et de la santé-Lille2-Faculté de médecine Henri Warembourg; 2012.
33. Rault J-F, Le Breton Lerouillois G. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais. Situation en 2013 [Internet]. [cited 2014 Apr 14]. Accessible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf
34. Nguyen T-D, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H. Perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010. Bull Cancer (Paris). 2011 Oct 1;98(10):1143–52.
35. Amar M, Dussault J. Les départs à la retraite des médecins omnipraticiens et leurs répercussions sur la clientèle vulnérable [Internet]. Ville de Québec: Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale; 2011. Accessible sur: <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=907>
36. Pinganaud G. Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer: rôle, besoins et perspectives [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2013.
37. Zulfikarpasic A. La perception du cancer et de la lutte contre le cancer par les médecins généralistes, les maires et les chefs d'entreprise [Internet]. 2008. Accessible sur: http://www.lh2.fr/_upload/ressources/sondages/societe/lh2liguecontrelecancer24nov08.pdf
38. Bungener M, Eisinger F, Erriau G, Aubin-Auger I, Ghasarossian C, Gautier A, et al. Médecins généralistes et dépistage des cancers [Internet]. 2010. Accessible sur : <http://www.e-cancer.fr>
39. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique. 2008 Nov 21;Vol. 20(5):489–500.
40. Ganry O, Boche T. Prévention des cancers par les médecins généralistes de Picardie : résultats d'une enquête de type déclarative. Bull Cancer (Paris). 2004 Oct 1;91(10):785–

91.

41. Lelong H, Casadevall M, Haus F, Levezouet C-A, Regnier C, Durel B, et al. Évaluation des pratiques préventives d'une consultation de médecine générale hospitalière. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 2011 Apr;59(2):107–13.
42. Bettevy F, Dufranc C, Hofmann G. Critères de qualité de l'annonce du diagnostic: point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer. *Risques Qual*. 2006;III(2):67–72.
43. Ganem G, Krakowski I, Rixe O, Batt M, Brocvielle AL. Prise en charge initiale : résultats des enquêtes CPRIM sur le ressenti et les attentes de 2 583 patients (hors centres de lutte contre le cancer). *Bull Cancer (Paris)*. 2010 Oct 1;97(10):1153–62.
44. Gerard P. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en cours de chimiothérapie : enquête auprès des patients de l'hôpital de jour du CHR d'Annecy. 2012 Mar 28 [cited 2014 Apr 15]; <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00692409>
45. Heins M, Schellevis F, Rijken M, Donker G, van der Hoek L, Korevaar J. Partners of cancer patients consult their GPs significantly more often with both somatic and psychosocial problems. *Scand J Prim Health Care*. 2013 Dec;31(4):203–8.
46. Heins MJ, Korevaar JC, Rijken PM, Schellevis FG. For which health problems do cancer survivors visit their General Practitioner? *Eur J Cancer*. 2013 Jan 1;49(1):211–8.
47. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Ichikawa T, Akizuki N, Shirahige Y, et al. Providing palliative care for cancer patients: the views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Jan;43(1):59–67.
48. Sisler JJ, Brown JB, Stewart M. Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. 2004 Jun;50:889–96.
49. ESRS1308333A - MESR : enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cited 2014 Apr 27]. Accessible sur: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>
50. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 Jan 16, 2004.
51. Wood ML. Communication between cancer specialists and family doctors. *Can Fam Physician*. 1993 Jan;39:49.
52. Bauer J, Leyvraz S. [Dangerous liaisons: relation between oncologist and general practitioner]. *Rev Médicale Suisse*. 2005 May 18;1(20):1356–8.
53. Jaafar F, Davison AG, Beaty T, Eraut CD, Haque AS, Lamont A, et al. Increasing social and psychological information conveyed to General Practitioners after bad news consultations by use of separate letters from the Lung Cancer Nurse Specialist. *Lung Cancer Amst Neth*. 2004 Oct;46(1):57–9.

54. Milliat-Guittard L, Letriliart L, Galand-Desmé S, Berthoux N, Charlois A-L, Romestaing P, et al. Échanges d'informations médicales dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein : perceptions et attentes des médecins traitants de ville et des spécialistes hospitaliers. *Bull Cancer (Paris)*. 2006 Jan 31;93(2):223–31.
55. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août, 2004.

Annexes.

Annexe 1 : Courrier accompagnant l'envoi du questionnaire aux médecins généralistes.

Objet: Thèse sur la relation médecin traitant-cancérologue dans la prise en charge des patients atteints de cancer

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous recontacter par mail suite à notre entretien téléphonique par lequel vous avez accepté de recevoir le questionnaire dont vous trouverez ci-joint le lien.

Ce questionnaire me permettra de préparer ma thèse afin de valider le DES de Médecine générale. Il ne vous prendra que quelques minutes.

Vos réponses à ce questionnaire me permettront alors d'obtenir des données pertinentes afin de répondre à l'objectif de cette étude qui est d'améliorer les relations entre les médecins traitants et les cancérologues afin que les patients cancéreux soient le mieux pris en charge. Merci de répondre dans un délai de 15 jours.

Je pourrais, par la suite, si vous le souhaitez, vous faire parvenir les conclusions finales de cette étude.

Vous en remerciant par avance, Madame, Monsieur, je vous prie d'agréer, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

PONT Angélique

http://www.medecinlibre.org/onco/vitefait_prog/RQ_20120406133252280_prog?adrmel=celine.gillet%40ch-roubaix.fr

Annexe 2 : Questionnaire.

POINT DE VUE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS

La durée de ce questionnaire est évaluée à environ 5 min. Merci de votre contribution et soyez assuré(e)s que vos réponses resteront anonymes, seules les statistiques seront publiées.

* Réponse obligatoire, choix unique

CP de la ville d'exercice* : _____

1- Êtes-vous* ?

Un homme Une femme

2 - Quelle est votre tranche d'âge* ?

<40ans 40-50ans 51-60ans >60ans

3 - Nombre d'années de pratique en médecine générale ?

<5 <5à10 >10 >20

4 - Quel mode d'exercice de médecine libérale pratiquez-vous* ?

Individuel En cabinet de groupe

5 - Combien de nouveaux cas de cancers voyez-vous en moyenne par an (par ex. sur les 3 dernières années) ? _____

6 - Combien de patients en cours de traitement ou de surveillance d'un cancer, comptez-vous dans votre patientèle* ?

<5 6-10 11-30 >30

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

Dépistage

Orientation vers la filière appropriée

Diagnostic (dépistage)

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 récurrences, suivi des séquelles)

Accompagnement en phase terminale (soins palliatifs)

Organisation des soins ambulatoires

Aide à la réinsertion socioprofessionnelle

Voulez-vous commenter votre réponse ? :

8 – Connaissez vous la signification de l'acronyme 3C ?

Oui Non

9 – Si oui, que veut dire ce sigle ?

10 – Connaissez-vous le Réseau Régional de Cancérologie de la région ?

Oui Non

11 – Quel(s) service(s) attendez-vous d'un réseau de cancérologie ? (plusieurs réponses possibles)

Faciliter la coordination du parcours des patients dans le système de soins
 Améliorer le partage des données médicales, promouvoir des outils de communication communs

Organiser des formations médicales continues

Diffuser des protocoles et recommandations de bonne pratique clinique

Faciliter l'accès à l'information des patients et leur famille

Organiser des rencontres et échanges entre professionnels (groupe de travail)

Assurer une astreinte téléphonique

Autre(s)

précisez: _____

12 - 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

13 - Si plutôt non et non, quelles sont les difficultés rencontrées ?

14 - Pensez-vous avoir besoin d'une formation complémentaire ? Oui Non

15 - Accepteriez-vous de suivre une formation spécialisée en cancérologie type FMC?

Oui Non

Si oui, sous quelle forme :

16 - Si oui, sur quel(s) thème(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

Diagnostic (dépistage)

- Annonce de la maladie
- Décisions thérapeutiques
- Suivi du traitement (tolérance, prise en charge des effets secondaires)
- Surveillance après traitement (dépistage des récives, suivi des séquelles)
- Accompagnement en phase terminale (soins palliatifs)

17 - Comment jugez-vous la circulation de l'information entre l'hôpital et la ville ?

- Excellente Bonne Mauvaise Médiocre Inexistante

Voulez-vous commenter votre réponse ou suggérer des améliorations ? :

18 – Souhaitez-vous participer aux réunions de concertations pluridisciplinaires de cancérologie (RCP) lorsqu'un dossier de vos patients est présenté ?

- Oui Non

19 – Si non, Pourquoi ?

20 – Souhaitez-vous recevoir la fiche RCP de vos patients ?

- Oui Non

21 – Quels sont vos rapports avec les spécialistes oncologues et hématologues ?

- Excellents Bons Mauvais Médiocres Inexistants

Voulez-vous commenter votre réponse ou suggérer des améliorations ? :

22 – A quelles décisions souhaiteriez-vous être associé (e) pour vos patients ?

- Choix du parcours du patient Décisions thérapeutiques Choix des spécialistes
 Arrêt des soins curatifs Décision de retour à domicile après hospitalisation
 Autre(s)-
précisez: _____
-
-

Merci de l'attention que vous avez portée au questionnaire. J'espère que ce travail contribuera à l'amélioration de la prise en charge de nos patients atteints de cancer.

Annexe 3 : Pourcentage de réponse des médecins généralistes de chaque ville.

<u>code postal</u>	<u>Ville</u>	<u>MG contactés</u>	<u>réponses</u>	<u>pourcentage réponses/ contactés</u>
59000	LILLE	13	8	61,5
59100	ROUBAIX	87	35	40,2
59110	LA MADELEINE	6	1	16,7
59115	LEERS	4	1	25
59117	WERVICQ SUD	4	3	75
59118	WAMBRECHIES	3	0	0
59126	LINSELLES	5	2	40
59150	WATTRELOS	35	14	40
59152	CHERENG	1	1	100
59166	BOUSBECQUE	3	3	100
59170	CROIX	18	13	72,2
59200	TOURCOING	61	24	39,3
59223	RONCQ	8	3	37,5
59250	HALLUIN	14	5	35,7
59290	WASQUEHAL	13	9	69,2
59350	ST ANDRE LEZ LILLE	2	0	0
59367	LYS LEZ LANNOY	8	0	0
59370	MONS EN BAROEUL	6	2	33,3
59390	TOUFFLERS	5	6	50
	LANNOY	1		
	SAILLY LES LANNOY	6		
59420	MOUVAUX	8	2	25
59491/59650/59493	VILLENEUVE D'ASCQ	20	12	60
59510	HEM	23	13	52
	FOREST SUR MARQUE	2		
59560	COMINES	5	1	20
59700	MARCQ EN BAROEUL	11	8	72,7
59780	BAISIEUX	4	4	66,7
	WILLEMS	2		
59830	CYSOING	1	1	100
59910	BONDUES	3	1	33,3
59960	NEUVILLE EN FERRAIN	7	5	71,4
?		0	4	
Total		389	181	

Annexe 4 : Exemple de fiche RCP.



Informations générales sur le patient

Consentement : OUI NON Identifiant patient INSC visible :

NOM D'USAGE : **NOM DE NAISSANCE :**

PRENOM : **Date de naissance :** [] [] / [] [] / [] [] [] [] Age :

Adresse :

Ville de naissance : **Sexe :** HOMME FEMME

Ville de résidence : Code Postal : [] [] [] [] []

Précédent passage en RCP : OUI NON Profession :

Contexte de la RCP

RCP du [] [] / [] [] / [] [] [] [] **RCP de recours :** OUI NON

Cas discuté en RCP : OUI NON **Lieu de la RCP :**

FINESS : [] [] [] [] [] [] [] [] **Visio conférence :**

Intitulé de la RCP : Thoracique

Motif de la RCP (items INCA) :

Liste déroulante (Choix unique)

Démarche diagnostique Surveillance après traitement Autre :

Proposition de traitement Ajustement thérapeutique

Commentaires :

Médecin responsable de la séance :

Médecin référent (demandeur) : **Etablissement du médecin référent :**

Médecin présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) :

Médecin traitant :

Liste des participants et présents à la RCP

Classification TNM Onglet ouvert par défaut mais qui peut se refermer (car item obligatoire)

Listes déroulantes (Choix unique)

Stade T : T0 T1a T1b
 T2a T2b T3
 T4 Tis Tx

Stade N : N0 N1
 N2 N3
 Nx

Stade M : M0 M1a
 M1b Mx

Stade cancer pulmonaire :

Liste déroulante (Choix unique)

0 IA IB IIA IIB
 IIIA IIIB IV NA Inconnu

Cas présenté en RCP ce jour Onglet ouvert par défaut mais qui peut se refermer (car items obligatoires si différent de tumeur primitive)

Phase initiale Rechute date suspicion NA

Locorégionale

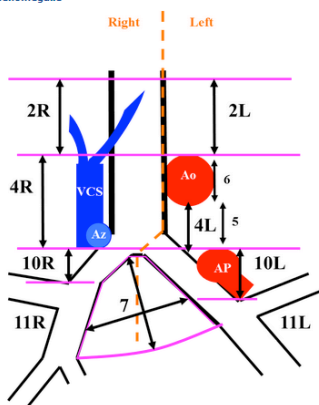
Métastases localisation Osseuse hépatiques pulmonaire pleurale péritonéale
 Méningée ovarienne autre (T)

Commentaires :

Informations para-cliniques :

Adénomégalie OUI NON

Adénomégalie



Dr Clément Fournier d'après Rusch VV, et col. The IASLC lung cancer staging project: a proposal for a new international lymph node map in the forthcoming seventh edition of the TNM classification for lung cancer. *J Thorac Oncol* 2009;4:568-577

2	Fixe en TEP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA
4	Fixe en TEP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA
10R	Fixe en TEP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA
11R	Fixe en TEP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA
2	Fixe en TEP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA
4	Fixe en TEP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA
10L	Fixe en TEP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA
11L	Fixe en TEP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA
5	Fixe en TEP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA
6	Fixe en TEP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA
7	Fixe en TEP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA

Bilan fonctionnel (EFR) :

CV (ml): CV (%):
 VEMS (ml): VEMS (%):
 DLCO (ml/min/mmHg): DLCO (%):
 Effort-Charge (W) : VO2 max (ml/mn/kg) :
 pO2 (mmHg) : pCO2 (mmHg) :
 pH (mmHg) :

Echo Cardiaque :
 FEVG (%) :

Commentaires.

Statut thérapeutique de la maladie :

Non traitée antérieurement En cours de traitement Déjà traité

Traitements antérieurs réalisés :

Cases à cocher (Choix multiple)

Chirurgie Date de fin de traitement : ___ / ___ / _____
 Chimiothérapie Date de fin de traitement : ___ / ___ / _____
 Radiothérapie Date de fin de traitement : ___ / ___ / _____
 Autre Date de fin de traitement : ___ / ___ / _____

Examens anatomopathologiques

Reprise du nom du siège de la tumeur primitive (ou tumeur discutée)

Prélèvements OUI (si oui date obligatoire) NON NSP

Tableau de synthèse des prélèvements

<input type="checkbox"/> Biopsie	Date : ___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> Exérèse	Date : ___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> Ponction cytologique	Date : ___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> Transmuqueux (EBUS ou à l'aveugle)	Date : ___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> Transbronchique (lésion préphérique abordée par voie endoscopique)	Date : ___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> Transpariétal	Date : ___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> Autre :	Date : ___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> NSP

Type de prélèvement Onglet fermé par défaut (s'ouvre si on clique sur un prélèvement ex : biopsie)

Diamètre maximal (mm) :

Date de prélèvement : / /

Site :

<input type="checkbox"/> Ganglionnaire	<input type="checkbox"/> Métastatique	<input type="checkbox"/> Autre :
Scanner EBUS Mediastinoscopie Autre :	Foie Os Surrénale	Cerveau Ganglionnaire extra thoracique Autre :

Type histologique :

<input type="checkbox"/> CBNPC sans précisions	<input type="checkbox"/> Carcinome à grandes cellules	<input type="checkbox"/> Tumeur carcinoïde typique
<input type="checkbox"/> Adénocarcinome	<input type="checkbox"/> Carcinome neuroendocrine à petites cellules	<input type="checkbox"/> Tumeur carcinoïde atypique
<input type="checkbox"/> Tumeur germinale	<input type="checkbox"/> Carcinome neuroendocrine à grandes cellules	<input type="checkbox"/> Carcinome adénoïde kystique
<input type="checkbox"/> Lymphome	<input type="checkbox"/> Mésothéliome pleural malin desmoplastique	<input type="checkbox"/> Carcinome muco-épidermoïde
<input type="checkbox"/> Sarcome	<input type="checkbox"/> Mésothéliome pleural malin épithélioïde	<input type="checkbox"/> Tumeur épithéliale thymique
<input type="checkbox"/> Mélanome	<input type="checkbox"/> Mésothéliome pleural malin sarcomatoïde	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Mésothéliome pleural malin mixte		

Tumorothèque : OUI NON

Anomalies moléculaires :

EGFR :

KRAS :

HER2 :

BRAF :

PI3KCA :

ALK :

MET :

ROS1 :

Autre mutation 1 :

Autre mutation 2 :

Classification pTNM Onglet fermé par défaut

Listes déroulantes (Choix unique)

PT : T0 T1a T1b
 T2a T2b T3
 T4 Tis Tx

PN: N0 N1
 N2 N3
 Nx

PM : M0 M1a
 M1b Mx

Stade cancer pulmonaire : 0 IA IB IIA IIB
 IIIA IIIB IV NA Inconnu

Résidu tumoral après chirurgie :

Cases à cocher (Choix unique)

0 : Absence de lésion tumorale sur limites d'exérèse

1 : Limites d'exérèse tumorale à l'examen microscopique

2 : Résidu tumoral macroscopique

Type de prélèvement Onglet fermé par défaut (s'ouvre si on clique sur un prélèvement ex : biopsie)

Diamètre maximal (mm) :

Date de prélèvement : []/[]/[]

Site :

<input type="checkbox"/> Ganglionnaire	<input type="checkbox"/> Métastasique	<input type="checkbox"/> Autre :
Scanner EBUS Mediastinoscopie Autre :	Foie Os Surrénale	Cerveau Ganglionnaire extra thoracique Autre :

Type histologique :

<input type="checkbox"/> CBNPC sans précisions	<input type="checkbox"/> Carcinome à grandes cellules	<input type="checkbox"/> Tumeur carcinoïde typique
<input type="checkbox"/> Adénocarcinome	<input type="checkbox"/> Carcinome neuroendocrine à petites cellules	<input type="checkbox"/> Tumeur carcinoïde atypique
<input type="checkbox"/> Tumeur germinale	<input type="checkbox"/> Carcinome neuroendocrine à grandes cellules	<input type="checkbox"/> Carcinome adénoïde kystique
<input type="checkbox"/> Lymphome	<input type="checkbox"/> Mésothéliome pleural malin desmoplastique	<input type="checkbox"/> Carcinome muco-épidermoïde
<input type="checkbox"/> Sarcome	<input type="checkbox"/> Mésothéliome pleural malin épithélioïde	<input type="checkbox"/> Tumeur épithéliale thymique
<input type="checkbox"/> Mélanome	<input type="checkbox"/> Mésothéliome pleural malin sarcomatoïde	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Mésothéliome pleural malin mixte		

Tumorothèque : OUI NON

Anomalies moléculaires :

EGFR :

KRAS :

HER2 :

BRAF :

PI3KCA :

ALK :

MET :

ROS1 :

Autre mutation 1 :

Autre mutation 2 :

Classification pTNM Onglet fermé par défaut

Listes déroulantes (Choix unique)

PT : T0 T1a T1b
 T2a T2b T3
 T4 Tis Tx

PN: N0 N1
 N2 N3
 Nx

PM : M0 M1a
 M1b Mx

Stade cancer pulmonaire : 0 IA IB IIA IIB
 IIIA IIIB IV NA Inconnu

Résidu tumoral après chirurgie :

Cases à cocher (Choix unique)

0 : Absence de lésion tumorale sur limites d'exérèse

1 : Limites d'exérèse tumorale à l'examen microscopique

2 : Résidu tumoral macroscopique

Proposition de prise en charge

Nature de la proposition (liste INCA en gras):

Liste déroulante (Choix unique)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nécessité d'examens complémentaires | <input type="checkbox"/> Proposition de traitement |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Décision reportée |
| <input type="checkbox"/> Arrêt des traitements | |

Type de proposition (liste INCA en gras):

Liste déroulante (Choix unique)

- Application d'un référentiel
 - Application d'un référentiel international
 - Application d'un référentiel national
 - Application d'un référentiel régional
 - Traitement hors AMM application d'un référentiel régional
- Traitement hors référentiel
- Recours à une RCP régionale ou nationale
 - Comité de thérapie ciblée
 - RCP MESOCLIN
 - RCP métastases osseuses
 - RCP Neurologie-Oncologie
 - RCP RYTHMIC
 - Autre
- A représenter en RCP

Essai clinique : OUI NON si oui préciser lequel

Description de la proposition thérapeutique :

Plan de traitement (liste INCA en gras):

Liste déroulante (Choix multiple)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Curiethérapie | <input type="checkbox"/> Immunothérapie |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie conventionnelle | <input type="checkbox"/> Hormonothérapie |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle | <input type="checkbox"/> Radiothérapie / Chimiothérapie simultanée | |
| <input type="checkbox"/> Autres traitements médicamenteux spécifiques | <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle | |
| <input type="checkbox"/> Chimio néoadjuvante | <input type="checkbox"/> Examens complément. | |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie orale | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie palliative | |
| <input type="checkbox"/> Radiochimiothérapie palliative | <input type="checkbox"/> Radiothérapie antalgique | |

AUTEUR : PONT

Angélique

Date de Soutenance : 16 juin 2014

Titre de la Thèse : Point de vue des médecins généralistes sur les relations ville-hôpital dans la prise en charge des cancers au sein de l'hôpital Victor Provo de Roubaix et de l'hôpital Dron de Tourcoing : enquête d'observation

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Oncologie

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : médecin généraliste, cancer, enquête d'observation

Résumé :

Contexte Le cancer est la première cause de mortalité en France. La loi HPST et le second Plan Cancer place le médecin généraliste au centre de la prise en charge du cancer. L'objectif de ce travail était de mieux connaître les conditions d'exercice des médecins généralistes (MG) du secteur de Roubaix et de Tourcoing, leur rôle auprès des patients atteints de cancer et d'appréhender leurs difficultés face au corps médical et aux institutions.

Méthode : Nous avons recensé l'ensemble des médecins traitants figurant sur les fiches RCP des patients de l'année 2011. Une zone d'étude a ensuite été définie pour ne concerner que les médecins exerçant au versant Nord-Est de la métropole lilloise. Les critères d'exclusions étaient l'exercice d'une autre spécialité que la médecine générale et l'arrêt d'exercice. Une enquête quantitative descriptive a donc été menée auprès de 389 MG.

Résultats : Le taux de réponse a été de 46,53% soit 181 réponses. Les participants à l'étude étaient majoritairement des hommes âgés de 51 à 60 ans exerçant en cabinet de groupe. 84% d'entre-eux découvrent moins de 10 nouveaux cas de cancer par an. 46% suivent entre 10 et 30 cas. Les médecins disent être impliqués à tous les stades de la maladie notamment le dépistage et la prévention. Mais, seulement 4% s'intéressent aux thérapeutiques. Concernant les institutions, 36% connaissent le RRC contre 7% pour le 3C. Les médecins attendent surtout d'un RRC qu'il permette une meilleure coordination des soins. Sur le plan de la formation, 76% se disent compétents et 75% souhaiteraient continuer à se former de manière classique type DPC. 57% sont satisfaits de la circulation de l'information entre la ville et l'hôpital. Ils sont même 74% à considérer leur relation comme bonne ou excellente avec les oncologues ou les hématologues. Mais le problème récurrent relaté par les médecins reste le délai des courriers. Les MG ne se sentent pas toujours à leur place au sein des RCP et ils ne sont que 33% à souhaiter y participer. Mais, 98% souhaitent en recevoir le compte-rendu. Le DCC inclus dans le DMP permettra dans les prochaines années d'intégrer au mieux le MG dans la prise en charge des patients atteints de cancer.

Composition du Jury :

Président : Professeur Jacques Bonneterre

Assesseurs : Professeur Arnaud Scherpereel

Professeur Jean-Marc Lefebvre

Docteur Nathalie Leriche (Directrice de thèse)