

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 30 janvier 2013 à Poitiers
par **Monsieur PINGANAUD Grégory**

Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints
de cancer (rôles, besoins et perspectives)

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Marc TOURANI
Monsieur le Professeur René-Jean BENSADOUN
Madame le Docteur Valérie TRANCHEE-VERGE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Laurence BAHUET



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**détachement**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT.

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Que ce travail soit l'occasion de vous exprimer l'admiration et le respect que j'ai pour vous, après ces années d'externat à Poitiers, pendant lesquelles votre enseignement a su associer précision et exigence.

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

A Monsieur le Professeur Jean-Marc TOURANI.

Vous avez accepté de faire partie de mon jury et j'en suis très honoré.

Je vous remercie de votre disponibilité à mon égard pendant mon stage d'internat dans votre service. Je garde en souvenir votre dynamisme communicatif.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde estime.

A Monsieur de Professeur René-Jean BENSADOUN.

Vous avez également accepté de juger ce travail et je vous en remercie vivement.

Je vous exprime ma reconnaissance pour la gentillesse que vous avez toujours eu à mon égard pendant mon stage d'internat en Oncologie.

A Madame le Docteur Valérie TRANCHEE-VERGE.

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

Vous m'avez encouragé dans le cheminement de ce travail et je vous en suis reconnaissant.

Veillez trouver ici la marque de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Laurence BAHUET.

Tu as accepté de superviser ce travail et je t'en remercie vivement, car cela avait du sens pour moi que tu sois ma Directrice de Thèse.

Je te remercie du soutien et de la confiance que tu m'as accordés pendant l'élaboration de ce travail.

Tes qualités intrinsèques et ton intelligence professionnelle m'ont marqué fortement pendant mon stage en Oncologie à tes côtés.

Je t'exprime mon profond respect et mon amitié.

Merci à Mesdames les secrétaires de l'URPS Poitou-Charentes pour leur aide logistique.

Merci aux médecins généralistes du Poitou-Charentes qui ont eu l'amabilité de participer à cette étude.

A MichMich.

Je te remercie très sincèrement de ton humilité et de ta gentillesse, depuis tant d'années déjà.

Ton approche de la médecine est un exemple pour moi.

Trouve ici le témoignage d'un respect sincère et d'une amitié profonde.

A ma femme Caroline, pour ta présence authentique à mes côtés, ton bonheur de vivre, et les nouvelles aventures qui nous attendent.

A mes parents Chantal et André, pour votre soutien depuis toujours, me permettant de m'accomplir pleinement.

A mon frère Olivier, pour sa joie de vivre et son courage.

A mes grands-parents, pour leur disponibilité constante.

A toute ma famille, et notamment Catherine, Philippe et les cousines, pour leur générosité dans les moments partagés.

A mes amis, pour les instants de gaieté intenses.

1.3.2	<u>Histoire de la Cancérologie</u>	39
1.3.2.1.	Antiquité	39
1.3.2.2.	Moyen-Age	41
1.3.2.3.	Renaissance	42
1.3.2.4.	Du 17 ^{ème} au 19 ^{ème} siècle	42
1.3.2.5.	Du 20 ^{ème} siècle à nos jours	44
1.3.2.5.1.	Début du 20 ^{ème} siècle	44
1.3.2.5.2.	Premiers Etats Généraux du cancer	44
1.3.2.5.3.	Charte de Paris	44
1.3.2.5.4.	Chronologie de la lutte à travers les Plans Cancer	45
1.3.2.5.5.	Législation de 2005	46
1.3.2.5.6.	Évaluation et évolution	47
1.3.2.6.	Conclusion sur l'histoire de la Cancérologie	50
1.3.3	<u>Rôles du médecin généraliste en Cancérologie</u> <u>(chronologie des théories de la politique de santé)</u>	50
1.3.3.1.	Commission de 1989	50
1.3.3.2.	Commission de 2002	51
1.3.3.3.	Les Plans Cancer	52
1.3.3.4.	Axes à retenir	54
1.3.3.4.1.	La prévention primaire	54
1.3.3.4.2.	Le dépistage	56
1.3.3.4.3.	Le diagnostic et l'annonce	58
1.3.3.4.4.	Les soins	59
1.3.3.4.5.	La suite des soins	60
1.3.3.4.6.	L'après-cancer	61
1.3.4	<u>Rôles et actions du MG vus par les patients</u>	61
1.3.4.1.	Arguments évoqués pour que le MG soit acteur en Cancérologie	61
1.3.4.2.	Arguments évoqués à l'encontre du MG acteur en Cancérologie	62
1.3.5	<u>Rôles et actions du MG vus par les oncologues</u>	63

1.4	<u>LES PARTENAIRES DU MG EN CANCEROLOGIE</u>	63
1.4.1.	<u>HAD</u>	64
1.4.2.	<u>Structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle</u>	66
1.4.3.	<u>Soins Palliatifs</u>	66
1.4.3.1.	Définitions	66
1.4.3.2.	Rôles et organisation	67
1.4.4.	<u>Partenaires para-médicaux</u>	68
1.4.5.	<u>Vers une mutualisation des compétences ?</u>	68
1.4.6.	<u>Partenaires non professionnels</u>	69
1.5	<u>ORGANISATION DE LA CANCEROLOGIE</u>	70
1.5.1.	<u>Réglementation</u>	70
1.5.1.1.	Réglementation des établissements	70
1.5.1.2.	Précisions sur la réglementation des soins	71
1.5.1.2.1.	Seuils minimaux d'activité	71
1.5.1.2.2.	Soins de support	71
1.5.2.	<u>Les niveaux de soins en Cancérologie</u>	71
1.5.2.1.	Le niveau de soins de proximité	72
1.5.2.2.	Le niveau de soins de référence	73
1.5.2.3.	Le niveau de soins de recours	74
1.5.2.3.1.	Les PRC	74
1.5.2.3.2.	Les RRC	75
1.5.2.3.3.	Les Cancéropôles	75
1.5.2.3.4.	Les CLCC	76
1.5.3.	<u>Les réseaux en Cancérologie</u>	77
1.5.3.1.	Définitions	77
1.5.3.2.	Les réseaux territoriaux	78
1.5.3.2.1.	Coordination des acteurs	79
1.5.3.2.2.	Prise en charge des patients	79
1.5.3.2.3.	Amélioration des pratiques professionnelles	79
1.5.3.3.	Les réseaux régionaux	80
1.5.3.3.1.	Promotion et amélioration de la qualité	81

1.5.3.3.2.	Promotion d'outils de communication	81
1.5.3.3.3.	Information des différents acteurs	82
1.5.3.3.4.	Aide à la formation continue	82
1.5.3.3.5.	Recueil de données et évaluation des pratiques	83
1.5.3.4.	L'articulation des 3C avec les réseaux	83
1.5.3.5.	Les 3C	84
1.5.3.5.1.	Création et organisation	84
1.5.3.5.2.	Les missions des 3C	85
1.5.3.5.3.	Le tableau de bord	85
1.5.4.	<u>L'offre de Soins en Poitou-Charentes</u>	86
2.	<u>MATERIEL ET METHODE</u>	88
2.1.	<u>OBJECTIFS DE L'ETUDE</u>	89
2.2.	<u>SCHEMA DE L'ETUDE</u>	89
2.3.	<u>ELABORATION DU QUESTIONNAIRE</u>	89
2.4.	<u>CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON</u>	90
2.4.1.	<u>Soutien logistique</u>	90
2.4.2.	<u>Critères d'inclusion</u>	90
2.4.3.	<u>Critères d'exclusion</u>	90
2.5.	<u>DEROULEMENT DE L'ENQUETE</u>	91
2.6.	<u>OUTILS D'ANALYSE</u>	91
2.7.	<u>VARIABLES ETUDIEES</u>	91
2.7.1.	<u>Variabes démographiques</u>	91
2.7.2.	<u>Plan Cancer et rôles du MG</u>	92
2.7.3.	<u>Variabes d'intérêt principal : les difficultés rencontrées</u>	92

2.7.4.	<u>Qualité de la formation</u>	92
2.7.5.	<u>Quelle aide(s) possible(s)</u>	92
3.	<u>RESULTATS</u>	93
3.1.	<u>TAUX DE REPONSE</u>	94
3.2.	<u>CARACTERISTIQUES DES REpondANTS</u>	96
3.2.1.	<u>Sexe et Département</u> (Questions 1 et 2)	96
3.2.2.	<u>Année de thèse</u> (Question 3)	98
3.2.3.	<u>Nombre d'années d'installation</u> (Question 4)	100
3.2.4.	<u>Mode d'exercice et lieu d'exercice</u> (Questions 5, 6 et 7)	100
3.3.	<u>ACTIVITE DES REpondANTS</u> (Questions 8 et 9)	103
3.4.	<u>ROLES DU MEDECIN GENERALISTE</u> (Questions 10 et 11)	105
3.5.	<u>DIFFICULTES RENCONTREES</u>	114
3.5.1.	<u>Difficultés de prise en charge</u> (Questions 12 et 13)	114
3.5.2.	<u>Relations avec l'oncologue</u> (Question 14)	116
3.5.3.	<u>Les urgences cancérologiques</u>	117
3.5.3.1.	Décisions du questionnaire (Question 15)	117
3.5.3.2.	Décisions proposées par les médecins (Question 16)	124
3.5.4.	<u>Les partenaires du MG</u> (Questions 17 et 18)	125
3.6.	<u>RESEAUX UTILISES</u> (Question 19)	128
3.7.	<u>FORMATION ET PERSPECTIVES EN CANCEROLOGIE</u>	132
3.7.1.	<u>Evaluation du niveau de connaissances</u> (Questions 20 et 21)	132
3.7.2.	<u>Formations post-thèse</u> (Questions 22, 23 et 24)	133
3.7.3.	<u>Formation actuelle</u> (Question 25)	135

3.7.4.	<u>Formations à venir</u> (Questions 26 et 27)	135
3.7.5.	<u>Implication des MG dans la RCP</u> (Question 28)	139
4.	<u>DISCUSSION</u>	141
4.1	<u>DISCUSSION DE LA METHODE</u>	142
4.1.1.	<u>Taux de réponse</u>	142
4.1.2.	<u>Biais de sélection</u>	144
4.1.3.	<u>Biais d'une étude déclarative</u>	144
4.2	<u>DISCUSSION DES RESULTATS</u>	145
4.2.1.	<u>Caractéristiques des répondants</u>	145
4.2.2.	<u>Activité des répondants</u>	148
4.2.3.	<u>Rôles du Médecin Généraliste</u>	149
4.2.3.1.	Rôles à travers les mesures du Plan Cancer 2009-2013	149
4.2.3.2.	Rôles à travers les différentes étapes de la maladie	151
4.2.4.	<u>Difficultés rencontrées</u>	156
4.2.4.1.	Dans la prise en charge du patient atteint de cancer	156
4.2.4.2.	Particularités des urgences cancérologiques	159
4.2.4.3.	Rapports avec les partenaires	163
4.2.5.	<u>Relations avec l'oncologue</u>	164
4.2.6.	<u>Les réseaux</u>	167
4.2.7.	<u>Formation et perspectives</u>	168
4.2.7.1.	L'évaluation du niveau de formation	168
4.2.7.2.	Les formations après la thèse	169
4.2.7.3.	Perspectives	171
	<u>CONCLUSION</u>	174

<u>ANNEXES</u>	178
<u>ANNEXE 1</u> : Schéma réseaux-InVS	179
<u>ANNEXE 2</u> : courrier électronique envoyé aux médecins généralistes	180
<u>ANNEXE 3</u> : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes (Poitou-Charentes)	181
<u>ANNEXE 4</u> : Indice comparatif de mortalité en Poitou-Charentes (2005-2007)	187
<u>ANNEXE 5</u> : Cartographie des établissements autorisés en Cancérologie (Poitou-Charentes, 2009)	188
<u>ANNEXE 6</u> : Les propositions issues du Rapport GRÜNFELD	189
<u>ANNEXE 7</u> : Les propositions du Rapport LEGMANN	190
<u>ANNEXE 8</u> : Les 5 axes du Plan Cancer 2009-2013	192
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	193

LEXIQUE

3C	Centre de Coordination en Cancérologie
ACORESCA	Association des Coordonnateurs des Réseaux de Cancérologie
ALD	Affection Longue Durée
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIPsanté	Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CépiDc	Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès
CES	Centre d'Examen de Santé
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNR	Comité National des Registres
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique

CRFMC	Conseil Régional de la Formation Médicale Continue
CRLCC	Centre Régional de Lutte Contre le Cancer
DCC	Dossier Communicant de Cancérologie
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DGS	Direction Générale de la Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
DIM	Départements d'Information Médicale des hôpitaux
DMP	Dossier Médical Personnalisé
DOCVIE	Dépistage Organisé du Cancer dans la Vienne
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ERI	Espaces de Rencontre et d'Information
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
FNCLCC	Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer

FRANCIM	France Cancer Incidence et Mortalité
HAS	Haute Autorité de Santé
INCa	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IRSN	Institut de la Radio-protection et de la Sûreté Nucléaire
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires (loi)
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MASCC	Multinational Association for Supportive Care in Cancer
MG	Médecin Généraliste
MAS	Mutualité Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS	Observatoire National Des Professionnels de Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPAC	Programme Personnalisé de l'Après Cancer
PPS	Programme Personnalisé de Soins

PRC	Pôle Régional de Cancérologie
RCP	Réunion de Concertation Pluri-Disciplinaire
RNLLE	Registre National des Leucémies et des Lymphomes de l'Enfant
RNTSE	Registre National des Tumeurs Solides de l'Enfant
RRC	Réseau Régional de Cancérologie
RSI	Régime Social des Indépendants
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SOS	Soins Oncologiques de Support
SP	Soins Palliatifs
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UCPO	Unité de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie
UNASP	Union Nationale des Associations pour le développement de Soins Palliatifs
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
USP	Unité de Soins Palliatifs
WONCA	World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le cancer est l'une des priorités nationales de santé publique puisqu'il représente désormais la cause principale de décès en France. De plus, le nombre de nouveaux cas annuels a quasiment doublé en 25 ans. Les efforts, déjà réalisés depuis de nombreuses années, ont permis de faire baisser la mortalité liée aux cancers d'environ 1% par an.

La Médecine Générale en France est reconnue, depuis 2004, comme une spécialité médicale sur le plan législatif. Pour faire face à l'augmentation croissante du nombre de patients atteints de cancer, une organisation des soins en Cancérologie est devenue nécessaire et la place du médecin généraliste doit être réaffirmée. La même année 2004 a été marquée par la mise en route de l'Institut National du Cancer (INCa), dans une volonté forte d'une prise en charge des patients centrée sur la qualité des soins et l'approche globale.

Ainsi, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009 indique que le médecin traitant détient le rôle de pivot dans le parcours de soins des malades, puisqu'il est actif dans toutes les étapes de ce parcours (prévention, dépistage, annonce diagnostique, orientation, coordination, accompagnement en période terminale, etc). Ces notions sont retrouvées dans le Plan Cancer 2009-2013 où le médecin généraliste devient le coordinateur de la prise en charge des patients atteints de cancer.

Cependant, loin des lois successives, loin des Plans Cancer, des réformes, des rapports ou des directives organisationnelles, la réalité de la pratique en médecine générale prend une toute autre forme lorsqu'il s'agit d'être auprès et au cœur du patient cancéreux. Ce décalage, entre les objectifs officiels et les possibilités du terrain, a suscité des interrogations qui ont motivé ce travail.

En outre, la notion de réseaux apparaît progressivement en Cancérologie. Ces réseaux tentent de faciliter l'interdisciplinarité (notamment entre oncologues et médecins traitants) et donnent des pistes pour l'amélioration des pratiques.

En réalisant une étude transversale auprès de 232 médecins généralistes de la région Poitou-Charentes, j'ai tenté de mieux appréhender le rôle qu'ils pensent et veulent jouer auprès des patients atteints de cancer, ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne de la Cancérologie.

Le travail que nous vous présentons se compose de trois parties principales.

Dans une première partie, nous traiterons de l'épidémiologie des cancers, nous décrirons la démographie médicale en Médecine Générale et en Cancérologie, nous aborderons également l'histoire de la Cancérologie, la place et les inter-connections du Médecin Généraliste à travers les différents Plans Cancer et les réseaux.

Dans la deuxième partie, nous décrirons le questionnaire qui a été adressé aux médecins de la région Poitou-Charentes et qui s'articule autour de plusieurs axes de réflexion : le mode d'exercice des médecins généralistes, le nombre de patients suivis, la représentation de leurs rôles, les difficultés rencontrées, les relations avec l'hôpital et les confrères oncologues, les besoins en formation.

Enfin, dans la troisième partie, nous discuterons nos résultats, puis à la lumière des deux premières parties, nous tenterons de comprendre quelles sont les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients, ainsi que les perspectives à entrevoir.

CONTEXTE ET DEFINITIONS

1. CONTEXTE ET DEFINITIONS

1.1 EPIDEMIOLOGIE

1.1.1 Historique

Les premières observations épidémiologiques, dans le domaine de la Cancérologie, sont situées avec l'italien RAMAZZINI au début du XVIII^{ème} siècle. Il évoque en 1713 l'incidence particulièrement forte du cancer du sein chez les religieuses (lié au célibat, à l'absence d'épisode de grossesse, etc.)^[1]. En 1761, c'est l'anglais John HILL qui ouvre une porte avec la notion de facteur de risque lorsqu'il décrit le lien entre le tabac et le cancer du poumon (dans *Cautions Against the Immoderate Use of Snuff*). Puis, au fil des décennies, jusqu'au début du XX^{ème} siècle, viendront les observations pertinentes chez les mineurs (exposition au radon), et concernant le cancer de la peau : chez les radiologistes (exposition aux rayons X), chez les agriculteurs et les marins pêcheurs (exposition aux rayons UV).

Jusqu'en 1950, l'épidémiologie est délaissée devant l'intérêt grandissant des sciences expérimentales. Elle refait surface rapidement car son intérêt dans la mise en lumière des facteurs de risque, et donc de la prévention, sera mieux compris par les instances publiques.

1.1.2 Organisation de la surveillance épidémiologique des cancers en France^[2]

Nous assistons ces dernières décennies aux progrès réalisés en Cancérologie, au travers de la prévention, du dépistage, des différents traitements et de l'accompagnement des patients. Malgré tout, en France, la lutte contre le cancer demeure un problème majeur de santé publique.

Devenue donc une réelle priorité gouvernementale, cette lutte a été mise en exergue à travers un plan de mobilisation nationale, le Plan Cancer initié en 2003^[3]. Cette volonté de mettre en œuvre une politique de santé publique active dans ce domaine, nécessite de connaître l'ensemble des données épidémiologiques la pathologie cancéreuse, ainsi qu'une estimation de leur dynamique.

De plus, la notion de surveillance épidémiologique intègre le cadre plus général de la surveillance de l'état sanitaire de la population française. Cette surveillance est assurée par un réseau, dont l'animation a été confiée à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) par la loi n°98-535 du 1er juillet 1998 (relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme).

Cette surveillance représente une aide à la prise de décision pour les décideurs ministériels. Elle doit aussi permettre le pilotage ainsi que l'évaluation des mesures à prendre (en prévention et prise en charge), notamment celles des Plans Cancer, que nous développerons plus loin. Afin de mener à bien ces objectifs, l'InVS a développé un réseau (voir l'ANNEXE 1) avec :

- les registres du cancer du réseau FRANCIM
- le Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM (CépiDc)
- les Directions du Ministère de la Santé

1.1.2.1 Les registres du cancer du réseau FRANCIM

Alors que la plupart des registres européens ont été initiés par les pouvoirs publics, les registres français ont la particularité de naître en 1975 grâce à de multiples initiatives individuelles, afin de répondre à des objectifs de recherche, et stimulés par les visions singulières de ceux qui les ont créés ^[4]. Ce que l'on pourrait nommer la fusion nationale des différents registres, autour d'une politique de santé publique, émerge en 1986 par la création du Comité National des Registres (CNR).

C'est ainsi qu'en 2005, nous pouvons recenser 22 registres qualifiés :

- 10 registres généraux : ils couvrent 11 départements métropolitains (représentant 13% de la population française)
- 11 registres spécialisés : 9 dits « d'organe » (ex : hématologique en Gironde, sein et cancers gynécologiques en Côte-d'Or, thyroïde dans les Ardennes, etc...) et 2 registres nationaux de l'enfant (le Registre National des Leucémies et des Lymphomes de l'Enfant ou RNLLE et le Registre National des Tumeurs Solides de l'Enfant ou RNTSE)
- 1 registre général annexe : en Nouvelle-Calédonie

Il est à noter des projets de création d'autres registres (notamment en Ile-de-France et dans le Nord) dans les années à venir.

Ces différents registres de cancers ont colligé l'ensemble de leurs données dans une base informatique et celle-ci est gérée par le Département de Biostatistique des hospices civils de Lyon.

1.1.2.2 Le CépiDc-INSERM

Depuis 1968, ce centre gère le fichier national des causes médicales de décès. Il permet de recueillir, en une base de données, les informations annuelles exhaustives sur les effectifs et les taux de décès en fonction des différentes pathologies.

Cette base est l'un des terrains de l'évaluation des priorités d'actions et de recherche dans le domaine de la santé publique. En outre, elle analyse les évolutions dans le temps, les disparités selon différentes caractéristiques des populations, les variations spatiales, mais elle effectue aussi les études comparatives entre pays.

1.1.2.3 Les Directions du Ministère de la Santé

Ce travail de compilation des connaissances par l'InVS s'appuie aussi sur la logistique, le financement et l'expérience de différentes institutions :

- la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ;
- la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins (DHOS) ;
- le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ;
- l'Institut de la Radio-protection et de la Sûreté Nucléaire (IRSN) ;
- la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- les Caisses d'Assurance Maladie ;
- les Départements d'Information Médicale des hôpitaux (DIM) ;
- la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) ;
- et plus récemment : les structures d'Anatomo-Cyto-Pathologie (structures ACP) ;

C'est ainsi que l'InVS tente de coordonner les actions et l'accumulation des connaissances utiles aux prises de décision, tant au niveau national qu'au niveau local. Ce travail permettant en outre d'estimer l'incidence et la mortalité des cancers pour l'ensemble du territoire français.

1.1.3 Morbidité et mortalité

1.1.3.1 Sur le plan national ^[5]

Les deux indicateurs, que sont la morbidité et la mortalité, sont compilés par l'INSEE jusqu'en 1967 ^[6]. Depuis 1968, c'est l'INSERM qui poursuit l'enregistrement des données (grâce aux registres départementaux cités précédemment, représentant 13% de la population française, et dont est issue l'estimation nationale).

On estime à 319 000 nouveaux cas de cancer en France pour l'année 2005 (179 000 chez les hommes et 140 000 chez les femmes). Avec une progression de 14,7% en 5 ans (période 2000-2005), et de 63% en 25 ans (1980-2005) ^[7].

Le nombre de décès liés au cancer étant évalué à 155 400 pour cette même année. Les trois cancers les plus fréquents sont :

- chez l'homme : cancer de la prostate (62 200 nouveaux cas), cancer du poumon (23 900 nouveaux cas) et cancer colo-rectal (19 900 nouveaux cas)
- chez la femme : cancer du sein (49 800 nouveaux cas), cancer colo-rectal (17 500 nouveaux cas) et cancer du poumon (6 700 nouveaux cas)

Le cancer est devenu la première cause de mortalité devant les maladies cardio-vasculaires chez l'homme depuis 2008, et chez la femme depuis 2002. Avec un cap en 2004, où le cancer est la première cause de décès tout sexe confondu (152 700 décès imputés au cancer contre 147 300 décès d'étiologie cardio-vasculaire).

Les raisons évoquées sont :

- les progrès dans la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires ont permis une diminution de la mortalité plus forte que pour celle liée au cancer ;
- accroissement démographique ;
- vieillissement de la population française ;
- développement performant des dépistages des cancers du sein, de la prostate et colo-rectal impliquant un meilleur diagnostic ;
- progrès thérapeutiques avec allongement de la survie (notamment dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures, de l'estomac et de l'œsophage, dont les pronostics étaient sombres).

Selon le Rapport de la Commission d'Orientation sur le Cancer de 2003 ^[8], le poids du cancer sur la santé publique et la vie de nos concitoyens est considérable et souvent sous-estimé : outre les 155 400 décès chaque année, 800 000 personnes vivent avec un cancer et 2 millions ont eu un cancer.

Si le cancer le plus fréquent reste celui de la prostate, le cancer du poumon est celui qui a un taux de mortalité le plus élevé. Malgré l'augmentation nette et constante de l'incidence des cancers en France, liée aux facteurs cités plus haut, nous constatons en revanche un recul du risque de mortalité, d'environ 1% par an (en moyenne) depuis 25 ans.

1.1.3.2 En Poitou-Charentes ^[2, 9, 10, 11]

Le Poitou-Charentes a un niveau de mortalité liée au cancer comparable à celui de la France avec plus de 5 160 décès annuels moyens (2005-2007) et 10 095 nouveaux cas de cancers en 2005, selon les dernières estimations du réseau FRANCIM. Pour l'année 2009, 62 400 personnes du régime général d'assurance maladie bénéficient de l'affection de longue durée « tumeur maligne » soit 4,4 % de la population régionale.

La région Poitou-Charentes est la région présentant le taux d'incidence brut de lymphomes malins non hodgkiniens le plus élevé en France (voir l'ANNEXE 4), que ce soit chez les hommes (23,5 cas pour 100 000 personnes) ou chez les femmes (18,4 cas pour 100 000 personnes). Il y existe également une surmortalité de 15% par rapport à la France pour ce qui concerne les myélomes. En revanche, il existe une sous-mortalité de la région Poitou-Charentes (par rapport à l'indice national) concernant les cancers de l'estomac, de la vessie, et du sein. Mais, on constate une surmortalité masculine par cancer colo-rectal de 8 % par rapport au taux de mortalité française depuis une décennie.

Chez les femmes, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent, avec 1 441 nouveaux cas annuels estimés en 2005. Viennent ensuite le cancer colo-rectal (576 nouveaux cas), puis le cancer du corps de l'utérus (178) et du poumon (172).

Chez les hommes, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent avec 2 273 nouveaux cas annuels estimés en région Poitou-Charentes, loin devant le cancer colo-rectal (729) et le cancer du poumon (707). Le cancer du poumon est néanmoins le plus fatal avec près de 85 décès annuels pour 100 000 habitants en région Poitou-Charentes soit 879 décès annuels au total, et avec un taux de survie estimé les plus faible. Le cancer colo-rectal entraîne quasiment autant de décès (328) que le cancer de la prostate (337).

En résumé, on objective une mortalité régionale comparable avec celle de la France pour les hommes et une sous-mortalité pour les femmes.

Au sein de la région Poitou-Charentes, le département de la Charente présente une sous-mortalité (pour les hommes et les femmes). Et on détecte trois zones présentant des taux de mortalité plus élevés que la moyenne régionale : la façade ouest de la Charente-Maritime, le pays Mellois et le pays Montmorillonnais.

En outre, on estime que 5 à 10% des cancers seraient dus à une exposition professionnelle dans notre région (estimation nationale à 4%). Les autres principaux facteurs de risque restent le tabac, l'alcool et les facteurs nutritionnels.

Enfin, concernant les deux dépistages du cancer organisés (sein et colo-rectal), les taux de participation régionale sont au-dessous des recommandations nationales (56 % pour le cancer du sein et 39 % pour le cancer colo-rectal).

1.1.3.3 Comparatifs hors frontières

En 2003, le Rapport de la Commission d'orientation sur le Cancer ^[8] constate que la France a la mortalité prématurée d'Europe due au cancer la plus élevée, liée essentiellement à l'exposition aux facteurs de risque (tabac, alcool et risques professionnels), ainsi qu'à la faiblesse de la prévention (présence médiatique forte mais manque de dispositifs locaux selon le Rapport, Chapitre 2).

En 2006, pour l'Europe, les estimations objectivent près de 3 200 000 nouveaux cas de cancer (53% survenant chez les hommes et 47% chez les femmes) et 1 700 000 décès liés à cette pathologie ^[12] (56% d'hommes et 44% de femmes). Le plus fréquent de tous étant le cancer du sein avec près de 430 000 cas, suivi par le cancer colo-rectal (412 000 cas) et le cancer du poumon (386 000 cas).

En 2008, l'étude CONCORD ^[13] place la France au 8^{ème} rang mondial concernant le taux de survie à 5 ans des cancers, et en 1^{ère} place pour le taux de survie du cancer colo-rectal.

En 2009, l'Etude EURO CARE-4 ^[14] publie ses dernières données de sa base (composée de 82 registres et représentant 23 pays). Cette étude indique que la France possède l'un des taux de survie à 5 ans les meilleurs d'Europe (tout cancer confondu), avec notamment le taux de guérison du cancer de la prostate le plus élevé d'Europe (57,9%).

1.1.4 Impact en Médecine Générale

L'interprétation de la pathologie cancéreuse dans le quotidien du médecin généraliste (MG) est à prendre avec un certain recul, car l'activité des MG est caractérisée par sa variabilité. Tant en quantité de patients suivis qu'en type de pathologies vues (certains MG orientant leur pratique essentiellement en pédiatrie, ou en gynécologie, etc).

Cependant, nous constatons objectivement une augmentation progressive du nombre de patients cancéreux suivis par MG :

- 10,6 patients cancéreux/MG en 1997 ^[15]
- 19,8 patients cancéreux/MG en 2007 ^[15]
- 22,9 patients cancéreux/MG en 2010 ^[16]

Cette progression est corroborée par une enquête de La Ligue Contre le Cancer en 2008, dans laquelle les MG attestent d'une nette hausse du nombre de leurs patients atteints de cancer, ces trente dernières années.

En outre, la Commission d'Orientation sur le Cancer de 2002 ^[17] permet de situer un peu plus la pratique quotidienne des MG. Elle indique que :

- 2,2% des séances de médecine générale concerne une tumeur (1,8% des consultations et 3,1% des visites)
- 71% des tumeurs sont découvertes chez les généralistes

1.1.5 L'épidémiologie à travers les Plans Cancer

Le Plan Cancer 2003-2007 (initiée le 24 mars par le Président CHIRAC), met l'InVS au cœur du dispositif, à travers 3 mesures :

- (1) : soutien des registres et développement du système national de surveillance épidémiologique de l'InVS
- (2) : développement par l'InVS des analyses régionales et assistance aux politiques régionales de santé
- (3) : développement d'un partenariat entre l'InVS et le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) pour mener des actions internationales

La compilation des données épidémiologiques aboutit donc à une base pertinente des données en 2005. Et ces efforts vont être à nouveau stimulés et mis en lumière par le Plan Cancer 2009-2013 ^[18] (initié le 2 novembre par le Président SARKOZY), à travers les mesures 6 et 9. Les objectifs étaient ainsi de communiquer annuellement des informations sur le cancer (grâce au système « multi-source » produit par l'InVS).

Nous pouvons penser que l'intérêt de ce travail primordial dans les prises de décisions (notamment dans le domaine de la prévention) sera souligné par le troisième Plan Cancer 2014-2018 (évoqué le 4 décembre dernier par le Président HOLLANDE).

1.2 DEMOGRAPHIE MEDICALE

D'après le dernier recensement réalisé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), nous pouvons dénombrer 199 821 médecins en France en 2012 (toutes spécialités confondues), soit une densité de 306,2 médecins pour 100 000 habitants ^[19]. Malgré un léger recul depuis 2009, on observe que l'effectif total n'a jamais été aussi élevé dans notre pays ^[20]. En revanche, comme l'explique le Docteur LEGMANN dans son rapport en 2010, ces effectifs contrastent fortement avec le problème majeur de l'inégalité de répartition des professionnels sur l'ensemble du territoire. Notamment avec trois gradients principaux :

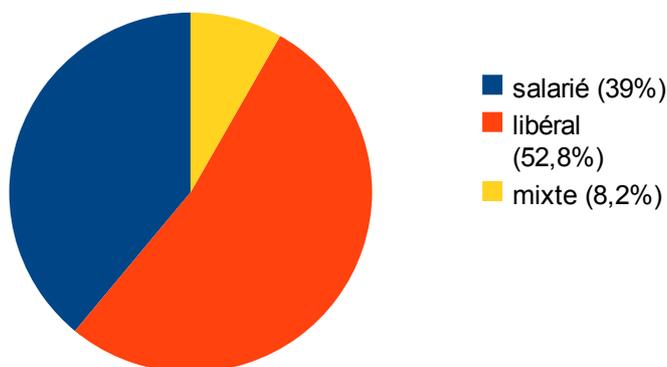
- un gradient Nord-Sud
- un gradient cœur de ville-banlieue
- un gradient ville-campagne

Cette répartition inégale s'objective surtout pour les médecins généralistes et l'activité libérale. En effet, les effectifs ont augmenté de 24% dans le secteur salarié, contre seulement 5,8% dans le secteur libéral ^[20]. De plus, alors que le nombre de médecins libéraux spécialistes a évolué de 13,2% entre 1995 et 2009, il n'a évolué que de 0,6% pour les médecins libéraux généralistes.

Si nous comparons la répartition de l'activité des médecins généralistes en France avec celle des généralistes du Poitou-Charentes, nous pouvons constater que la part de l'activité libérale en Poitou-Charentes est supérieure à son homologue nationale. Ainsi, nous observons avec les graphiques présentés ci-dessous :

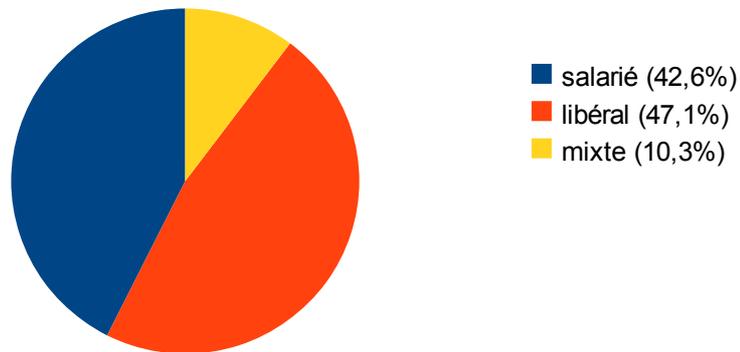
Répartition de l'activité des médecins généralistes

(en Poitou-Charentes, 2011)



Répartition de l'activité des MG en France

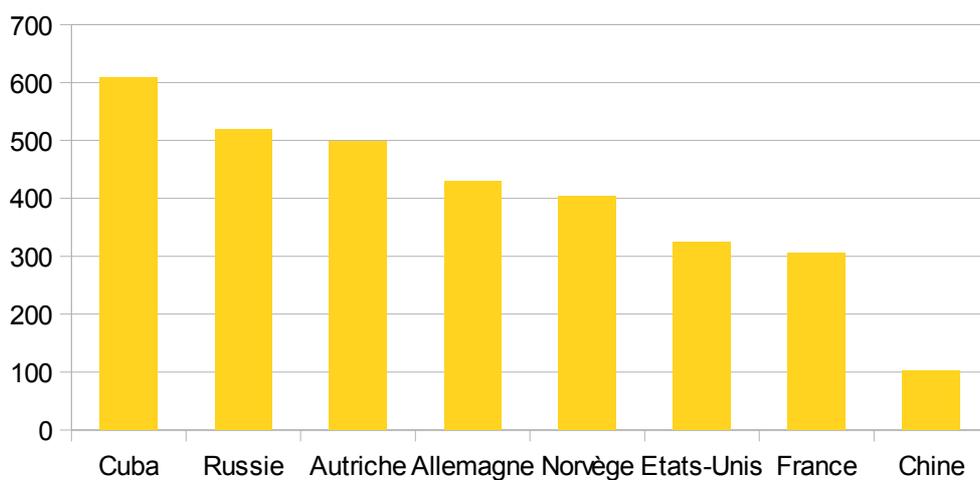
(en France, 2011)



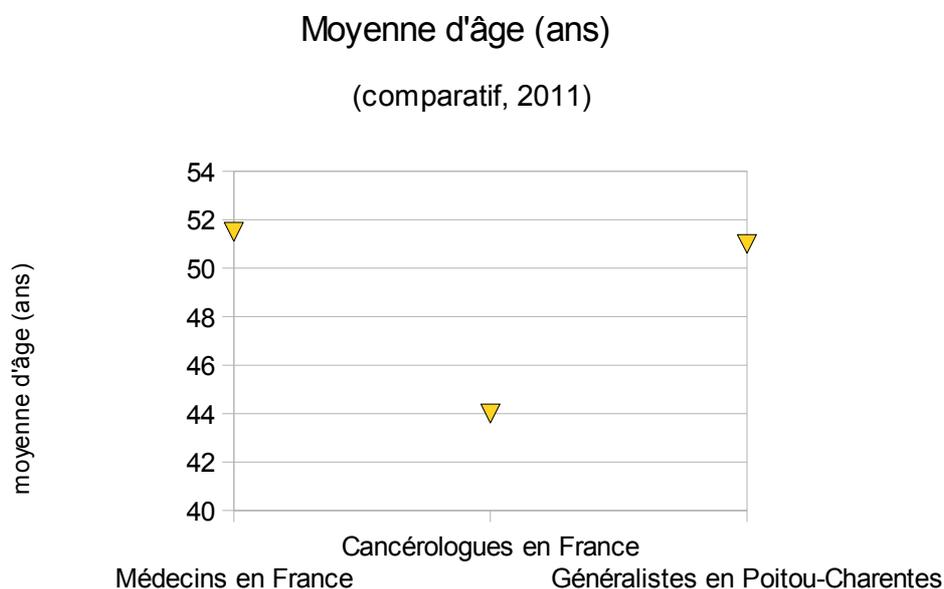
En outre, avec 4815 médecins en activité régulière (toutes spécialités confondues), la région Poitou-Charentes est au 8^{ème} rang des régions les moins dotées, avec 269 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité est en dynamique régressive depuis 2007, avec une perspective de stagnation (pour 2017) ^[21].

En colligeant les dernières données du World Factbook de la CIA ^[22] et du CNOM, nous pouvons présenter le comparatif suivant (non-exhaustif) :

Densité médicale pour 100 000 habitants



Si nous comparons la pyramide des âges de l'ensemble des médecins en France avec celle des oncologues en France, et celle des généralistes du Poitou-Charentes, nous obtenons les moyennes d'âge suivantes ^[2, 10, 21] :



Concernant la répartition homme-femme, nous assistons très nettement à une féminisation de la profession médicale française. En France, 42% des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins sont des femmes (contre 38,4% en Poitou-Charentes). De plus, depuis 2008, les femmes médecins représentent 52% des nouvelles inscriptions au Tableau de l'Ordre.

Enfin, si nous avons pu voir que la moyenne d'âge des oncologues français est en-dessous de la moyenne d'âge nationale des médecins, ce qui est de bon augure, nous constatons aussi une croissance importante des effectifs depuis ces cinq dernières années ^[23] :

- oncologues médicaux : 719 en France (+ 22% en 5 ans), dont 13 en Poitou-Charentes (-13% en 5 ans)
- radiothérapeutes : 713 en France (+ 12% en 5 ans), dont 24 en Poitou-Charentes (+ 33% en 5 ans)
- hématologues : 376 en France (+ 62% en 5 ans), dont 11 en Poitou-Charentes (+ 120% en 5 ans)

La densité des cancérologues en France est de 0,85 pour 100 000 habitants (contre 1,8 aux Etats-Unis) ^[24]. En outre, il est important de souligner que les spécialistes d'organe qui prennent en charge des pathologies tumorales sont aussi à prendre en compte dans les effectifs des « métiers de la cancérologie », ainsi que les chirurgiens.

En conclusion, même si la population des cancérologues est une population jeune (44,7 ans de moyenne d'âge) et que leur nombre est en croissance intéressante, leur répartition inégale sur le territoire persiste (exemple : 0,16 cancérologues pour 100 000 habitants en Picardie et 0,76 pour 100 000 habitants en Poitou-Charentes). Cependant, cette inégalité peut être étudiée avec un certain recul car il est vrai que l'ensemble des cancérologues est concentré dans des pôles spécialisés, et que leur répartition ne peut donc pas être comparée exactement avec celle des médecins généralistes.

La répartition des médecins généralistes sera très certainement un enjeu majeur dans la bonne coordination ville-hôpital en Cancérologie. En effet, il s'agira de pallier les problèmes futurs liés au grand nombre de départs en retraite de médecins généralistes, de la diminution de leur effectif global et de la diminution de leur activité libérale.

1.3 CARACTERISTIQUES DE LA MEDECINE GENERALE AU SEIN DE L'ACTIVITE DE CANCEROLOGIE

1.3.1 Définitions en Médecine Générale

1.3.1.1. Des balbutiements français à la WONCA

Depuis le début du 20ème siècle, nos « cousins » anglo-saxons organisent la Médecine Générale comme une composante forte de leur système de santé, lui donnant des missions claires, que l'on retrouve tôt à travers les termes de « gatekeepers », « family physician » ou « general practitioner ». En France ce n'est que par défaut qu'elle prend forme, lors de la réforme du Pr Robert DEBRE de 1958 ^[25] lorsqu'elle regroupe les « médecins qui ne sont pas spécialistes ».

Lors de la deuxième « European Conference in the teaching of General Practice » en 1974, à Leeuwenhorst (Pays-Bas), un groupe de travail de quinze médecins européens définit le médecin généraliste par son mode d'exercice, ses missions et sa place dans un système de soins ^[26]. Cette approche est donc centrée sur le médecin et définit un cadre d'exercice de la médecine générale.

En 1991, la WONCA (World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), dans sa déclaration sur le rôle du médecin généraliste, donne une définition du rôle du médecin généraliste en s'appuyant sur les travaux du groupe de travail de Leeuwenhorst. La première définition de la WONCA introduit alors la notion de discipline avec des caractéristiques propres, définissant des compétences médicales de soins propres au médecin généraliste ^[27].

En 2000, Olesen définit le médecin généraliste – médecin de famille comme « spécialiste formé pour le travail de soins primaires » ^[28]. La notion de « spécialiste » fait ici référence à un mode d'exercice spécifique qui est le premier recours, et à une formation spécifique nécessaire pour exercer.

Ensuite, lors de la WONCA de 2002, un travail de synthèse de la communauté scientifique (composée essentiellement des représentants européens de médecine générale) parvient à un consensus ^[29] autour de la « définition européenne de la médecine générale – médecine de famille ». Ce travail établit que « la médecine générale – médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. » Ainsi : « les médecins généralistes [...] soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. [...] ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés [...] leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative ».

Cette vue du modèle européen fait ressortir 11 caractéristiques de la Médecine Générale, articulées autour de 6 compétences fondamentales (compétence des soins, modèle holistique, soins centrés sur la personne, aptitude spécifique en soins primaires, approche globale de l'éducation pour la santé, responsabilité de santé publique et communautaire).

1.3.1.2. De 2003 à nos jours

L'année suivante, la loi sur la Sécurité Sociale en France définit la mission de « médecin traitant » et en 2004 l'Université reconnaît officiellement la médecine générale comme une spécialité à part entière via la création du DES de Médecine Générale.

L'arrêté du 3 février 2005 portant sur l'approbation de la convention nationale des MG et des médecins spécialistes ^[30], a entériné un peu plus la notion de « médecin traitant » en donnant une définition de ses fonctions : « Les médecins traitants coordonnent avec les autres professionnels [...] contribuent à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins [...] Leur relation de proximité avec leurs patients les situent également au cœur du développement de la prévention en santé [...] ». Des missions sont ainsi formulées pour les médecins traitants :

- assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- assurer les soins de prévention ;
- contribuer à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ;
- favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et intégrer cette synthèse dans le DMP (Dossier Médical Personnalisé) ;
- apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

C'est en 2009, avec la Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) que sont remises en forme les « missions du généraliste » au sein du système ambulatoire de soins ^[31] :

- « Art. L. 1161-1 : l'éducation thérapeutique du patient fait partie de la prise en charge du patient et de son parcours de soins » ;
- « Art. L. 1161-2 : les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national [...] » ;

- Art. L. 1161-4 : les actions d'accompagnement des patients ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades [...] conformes à un cahier des charges national [...] » ;
- Art. L 1411-1 : l'accès à des soins de premier recours [...] sont définis dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) au niveau territorial [...] Ces soins comprennent :
 - la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
 - la dispensation et l'administration des médicaments [...] ;
 - l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
 - l'éducation pour la santé»
- Art. L. 4130-1 : les missions du médecin généralistes sont notamment les suivantes :
 - contribuer à l'offre de soins ambulatoire [...] en assurant le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi [...] dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
 - orienter ses patients selon leurs besoins ;
 - s'assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective ;
 - veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations [...] ;
 - assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ; »

1.3.2 Histoire de la Cancérologie ^[32, 33, 34]

1.3.2.1. Antiquité

C'est la civilisation égyptienne qui nous délivre les traces les plus anciennes de description de tumeurs dites malignes. La notion précise de cancer reste encore rare à cette période, mais la méthode empirique décrivait déjà des lésions sujettes aux réflexions thérapeutiques : papyrus de Kahun (2200 av JC : description de tumeurs et d'ulcères du sein, traités par cautérisation), papyrus d'Edwin-Smith (1700 av JC : évocation de l'ablation d'une tumeur volumineuse de la cuisse), papyrus d'Ebers (1500 av JC : proposition distinguant l'incision des tuméfactions infectieuses et l'extirpation au cautère des excroissances).

C'est Hippocrate (460-370 av JC) qui utilise le terme grec « carcinos » ou « carcinoma » pour désigner des ulcérations chroniques et le terme « squirrhe » pour désigner les cancers à consistance dure et sclérosée. Hippocrate établit sa science sur la force de la description. Il évoque le cancer comme une entité dure, avec tendance à la récurrence et à la généralisation, et de pronostic fatal. Il remarque aussi que certains cancers, qu'il appelle « occultes », sont foudroyants et dont l'instauration d'un traitement n'est pas raisonnable pour le patient. Il établira ainsi une classification des différentes lésions cancéreuses qu'il soignera (col de l'utérus, rectum, sein...). La thérapeutique grecque à cette période reprend la chirurgie initiale comme en Egypte, et y ajoute des onguents.

Vers 200-300 av JC, en Cappadoce, Aretaeus réalise des descriptions pertinentes sur le cancer de l'utérus. Il différencie les ulcères utérins superficiels de ceux plus profonds qui ont tendance à infiltrer progressivement. Il décrit aussi un autre type de cancer de l'utérus, sans ulcération, mais plutôt à type de « grosseur ». Ses conclusions précisent que les cancers à ulcérations ont le pronostic le plus péjoratif.

Pour Aulus Cornelius Celsus (25 av JC – 50 ap JC), médecin romain, la maladie a des stades d'évolution. Le premier stade est nommé « cacoethes », et il est suivi par un carcinome sans ulcération, puis arrive la « lésion exubérante ». Pour Celsus, seul le stade « cacoethes » doit être traité (par excision). Il déconseille tout traitement des lésions plus avancées. Nous avons alors déjà dans l'Antiquité le souci de graduer les stades de la maladie, et d'agir différemment en fonction du stade de gravité rencontré.

Un peu plus tard, en 180 ap JC, à Alexandrie, Leonides décrit la rétraction mamelonnaire comme un signe clinique de cancer. Il réalise des mastectomies au scalpel et comprend l'intérêt de faire ses limites de coupes en tissu sain. La plaie était par la suite cautérisée (deux objectifs : stopper l'hémorragie et brûler les tissus cancéreux résiduels. De plus, concernant les lésions très avancées du sein, Leonides conseillait de ne pas réaliser de mastectomie.

Ces différentes influences scientifiques se croisent et se compilent, grâce aux voyages et aux universités, comme celle d'Alexandrie où Galien (130-201 ap JC) ira étudier. Il réalise un travail immense de compilation des connaissances et impose ses idées à travers sa théorie des humeurs. Pour lui, les tumeurs étaient dues à un « excès de bile noire » qui se solidifiait dans certaines parties du corps. Les thérapeutiques comprenaient des purges et des saignées, et si celles-ci ne suffisaient pas on pratiquait alors l'excision. Ses théories distilleront un courant de pensée pendant près d'un millénaire. C'est Galien qui évoque le cancer comme une pathologie générale dont les signes cliniques sont locaux. La mort de Galien précède les invasions barbares. Beaucoup de médecins grecs se réfugient alors autour de Constantinople et le « voyage » des idées scientifiques se poursuit pendant les siècles suivants.

Notamment à Bagdad, où Avicenne (980-1037), décrit le cancer comme un envahissement progressif détruisant les tissus à proximité, et aboutissant à la perte de sensation dans la partie atteinte.

L'influence arabe reste intense à cette période et c'est à Cordoue où les travaux d'Albucasis (1013-1106) voient le jour. Il recommande lui aussi l'excision lorsque le cancer est en début d'évolution et déconseille tout traitement pour les lésions avancées. Il introduit la notion de « traitements pré-opératoires » et indique la meilleure façon de positionner le patient pendant l'opération (selon le type d'intervention). Son contemporain Avenzoar (1070-1162), et cordouan lui aussi, réalise des descriptions du cancer de l'œsophage et de l'estomac.

1.3.2.2. Moyen-Age

Cette période marque l'aboutissement de la chirurgie, grâce aux multiples conflits comme la Guerre de Cent Ans où le chirurgien anglais Arderne (1307-1390) travaille essentiellement sur le cancer du rectum. Il s'essaye ardemment, mais sans succès, à trouver une technique chirurgicale pour cette localisation.

Guy de CHAULIAC (1300-1370), lui aussi bénéficie de la pratique des champs de bataille pour perfectionner les techniques chirurgicales, et en particulier les excisions de tout genre pour lesquelles il comprend qu'elles sont plus efficaces si elles sont « larges » en tissu sain. Il pousse légèrement la porte du « soin palliatif » lorsqu'il décrit l'utilisation d'onguents spéciaux uniquement dédiés aux lésions graves.

1.3.2.3. Renaissance

Cette période d'éveil à la curiosité en dehors des frontières s'applique aussi en médecine. Ainsi nous assistons à la redécouverte des auteurs anciens grecs et latins, jusqu'alors transmis par les traducteurs arabes. De plus, l'Eglise lève l'interdit sur les autopsies, permettant alors de nouvelles avancées en anatomie. On peut notamment citer Fallopius (1523-1562) qui décrit (au sens anatomique strict du terme) plusieurs variétés de cancer. Il ne propose pas de nouvelle thérapeutique hormis un onguent à base d'arsenic (qui est cancérigène...).

Quelques années plus tard, Gaspard Aselli (1581-1625) découvre le système lymphatique, expliquant davantage à ses contemporains la dissémination des métastases. Et Jean Pecquet (1622-1674) enfonce le clou en décrivant le canal thoracique. Il évoque un système de prévention de l'avancée métastatique en retirant les chaînes ganglionnaires loco-régionales des patients.

Quant à Marco Aurelio Severini (1580-1656), il réalise des illustrations précises du cancer du sein, en différenciant différentes tumeurs bénignes et malignes. Il recommandait de retirer les tumeurs bénignes car elles risquaient de dégénérer.

En 1592, l'Hôpital Saint Lazare est créé à Varsovie afin d'accueillir exclusivement les patients atteints de cancer. Certainement le premier établissement spécialisé de l'histoire. Il est l'aboutissement d'un courant de pensée à la fin du 16^{ème} siècle affirmant que le cancer est contagieux (idée véhiculée notamment par Sennert).

1.3.2.4. Du 17^{ème} au 19^{ème} siècle

C'est dans cette mouvance que le chanoine Jean Godinot (1661-1739) fit construire à Reims (en dehors de la ville, 1740) le premier hôpital français spécialisé dans la prise en charge des patients cancéreux : l'Hôpital Saint Louis.

Xavier Bichat (1685-1770) explique que les différentes localisations du cancer concernent la même pathologie mais dans différents organes. Il passera le témoin à Henri-François le Dran (1771-1802) qui imagine le cancer avec un début local et une extension via le système lymphatique. Il préconise l'ablation de la tumeur et des ganglions lymphatiques axillaires dans le cancer du sein. Et classe le stade de gravité de ce cancer en fonction de l'atteinte ou non de ces ganglions axillaires.

L'un des progrès en « cancérologie » à cette période est la création de l'Anatomopathologie par Giovanni Battista Morgagni (1682-1771, notons l'invention du microscope en 1590) qui s'intéresse aux lésions ayant entraîné la mort du patient. Il compile ses dissections et différencie de nombreux cancers dans son ouvrage *De Sedibus et Causis Morborum*.

L'éminent chirurgien de l'époque, John Hunter (1728-1793) évoque des « prédispositions » au cancer : âge, hérédité et climat. Le cancer du sein reste celui le plus étudié depuis l'Antiquité, et Hunter constate que les femmes atteintes avant l'âge de 40 ans ont une espérance de vie plus courte que lorsqu'il survient entre 40 et 60 ans. A la fin du 18^{ème} siècle, James Paget décrit la maladie de Paget du mamelon (forme d'eczéma associé au cancer du sein).

Les travaux de Louis Pasteur (1822-1895) seront repris par Joseph Lister (1827-1912) dans la chirurgie des cancers, en préconisant antiseptie et l'asepsie chirurgicales. Un de leur contemporain célèbre, Rudolf Virchow (1821-1902) avance en 1858 une théorie révolutionnaire : la théorie cellulaire (« toute cellule tire son origine d'une autre cellule »).

En 1895, Röntgen découvre les rayons X et est à l'origine de leurs indications thérapeutiques. Pierre et Marie Curie découvrent trois ans plus tard la radioactivité et l'Institut du Radium est inauguré en 1909. Celui-ci réunit pour la première fois dans un même endroit des spécialités médicales différentes pour une même pathologie avec l'association de plusieurs thérapeutiques (chirurgie, rayons X, chimie).

1.3.2.5. Du 20^{ème} siècle à nos jours

1.3.2.5.1. Début du 20^{ème} siècle

Le début du 20^{ème} siècle voit le développement européen de nombreuses sociétés savantes et de centres spécialisés contre le cancer. En 1918, la Fondation de la Ligue Franco-Anglo-Américaine contre le cancer est créée par Justin Godart. Elle deviendra la Ligue Française contre le cancer en 1927, et enfin la Ligue Nationale Contre le Cancer en 1992.

La guerre de 1914-1918 voit l'utilisation terrible des gaz moutarde. Outre ses dégâts mortels, on observe que ces gaz sont responsables d'aplasie médullaire et de leucopénie. Ces observations seront reprises par Alfred Gilman qui décrit l'action des moutardes azotées dans le lymphosarcome.

En 1976, la Découverte des Oncogènes par Bishop et Varmus transforme radicalement les connaissances physiopathologiques et thérapeutiques dans le domaine de la cancérologie. Les oncogènes sont décrits comme indispensables aux cellules et pouvant être altérés (par des radiations, des virus, des produits chimiques), modifiant ainsi le bon fonctionnement cellulaire. Ils sont honorés du Prix Nobel en 1989.

1.3.2.5.2. Premiers Etats Généraux du cancer

Ils sont organisés par la Ligue Contre le Cancer en 1998 ^[35]. La parole est alors donnée aux malades afin qu'ils communiquent aux professionnels leurs craintes, leurs attentes et leurs besoins. Ces demandes sont mises en forme au travers du Livre Blanc et déclenchent la création d'un Programme National de Lutte Contre le Cancer par le Ministère de la Santé.

1.3.2.5.3. Charte de Paris

Ce Programme National de Lutte Contre le Cancer est alors présenté en 2000 au Sommet Mondial Contre le Cancer pour le Nouveau Millénaire. Ce Sommet se conclut le 4 février par la signature de la Charte de Paris.

Cette Charte fondatrice réunit les deux principes « de prévention et de guérison » comme une priorité internationale. L'accent est mis essentiellement sur la qualité de vie des patients et de leur entourage.

1.3.2.5.4. Chronologie de la lutte à travers les Plans Cancer ^[3, 18]

Une circulaire relative à l'organisation des soins en Cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés voit le jour le 24 mars 1998 ^[36]. Puis, les premières évocations d'un plan naissent en 2000 avec messieurs Gillot et Kouchner. C'est l'été 2002 qui verra ces initiatives concrétisées avec le Président Chirac. Celui-ci fait de la lutte contre le cancer les des trois chantiers de son quinquennat. Il charge le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées ainsi que le Ministère délégué à la Recherches et aux Nouvelles Technologies de piloter ce chantier.

Début de l'automne 2002, la Commission d'Orientation sur le Cancer ^[8, 17] est créée. Elle a pour objectifs de dresser un bilan des points forts et des lacunes dans l'organisation de la lutte contre le cancer, mais aussi de réaliser des propositions concrètes et chiffrées. Ce qu'elle fera et sans détour, remettant en question des aspects essentiels de l'organisation des soins et de la recherche en France. Elle remet son rapport en janvier 2003, rapport qui permettra de constituer la trame d'un plan national.

Le premier Plan Cancer est donc officialisé le 24 mars 2003 par le Président CHIRAC. Il regroupe 70 mesures autour de 6 axes principaux (et avec des objectifs clairs) :

- la prévention (développement des registres épidémiologiques, lutte contre le tabac et les facteurs de risques professionnels, campagnes d'information sur le risque d'exposition solaire)
- le dépistage (faciliter l'accès au plus grand nombre au dépistage national du cancer du sein, dépistage individuel du cancer du col de l'utérus, dépistage du cancer colo-rectal, garantie d'accès aux tests de prédisposition génétique des formes familiales de cancer)
- les soins (l'information du patient, accord du patient sur l'orientation et les modalités de son parcours thérapeutique, l'accès rapide au diagnostic, organisation des conditions d'annonce du cancer avec le dispositif d'annonce, stratégie de traitement sur un avis pluridisciplinaire, remise au patient d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS), accès aux soins de support à domicile, moyens financiers mis en œuvre pour l'innovation diagnostique et thérapeutique). Ces lignes directrices concernant les soins seront reprises dans la circulaire du 22 février 2005 ^[37].

- un accompagnement social plus humain et plus solidaire (objectif de maintenir une vie professionnelle et familiale la plus normale possible avec l'élargissement d'accès des patients aux prêts et assurances, renforcement des aides à domicile)
- une formation plus adaptée (afin de former davantage de spécialistes en cancérologie, améliorer la formation des professionnels para-médicaux)
- une recherche porteuse d'espoir (au moins 10% des patients dans des essais cliniques, création de cancéropôles inter-régionaux, collaboration entre la recherche publique et la recherche privée)

Naissent ainsi 7 Cancéropôles sur le territoire français (mesure 66 du Plan Cancer 2003-2007). Ils associent alors sur un territoire donné les unités de recherche (INSERM, CNRS, les universités), les services hospitaliers universitaires et parfois les industriels ^[38]. Nous développerons plus loin les missions précises du Cancéropôle du Grand Ouest.

C'est dans cette dynamique qu'un projet inter-ministériel donnera naissance le 9 août 2004 à l'Institut National du Cancer (INCa), ayant pour mission de coordonner les actions de lutte contre le cancer. C'est aussi un centre qui a des objectifs d'expertise et de ressources (épidémiologiques, d'analyse des risques, de pilotage des réseaux).

En outre, l'INCa est une agence de moyens, notamment dans la programmation, l'évaluation et le financement de projets scientifiques.

Ce premier Plan Cancer, même s'il ne gommara pas toutes les inégalités sociales et d'accès aux soins ^[24], permettra deux temps forts dans la prise en charge actuelle des cancers : la généralisation des Réunions de Concertation Pluri-Disciplinaires (RCP) et la mise en place du dispositif d'annonce.

1.3.2.5.5. Législation de 2005

La circulaire du 22/02/2005 ^[37] découle donc de ce premier Plan Cancer et permet d'en appuyer les objectifs sur le plan législatif. Priorités sont faites à :

- l'information du patient
- l'accès rapide au diagnostic

- l'organisation de l'annonce diagnostique
- le traitement sur avis pluridisciplinaire
- la remise au patient d'un PPS
- la prise en charge à domicile du patient et son accès aux soins de support
- l'organisation régionale avec les cancéropôles
- la réglementation des établissements de santé
- le fonctionnement des réseaux

Cette circulaire permettra l'élaboration, en mars 2006, des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de troisième génération (SROS III). Ceux-ci privilégient 3 axes : l'équité d'accès aux soins, la coordination des soins (notamment entre la ville et l'hôpital) et l'information des patients et de leur entourage.

1.3.2.5.6. Évaluation et évolution

En 2008, le Rapport de la Cour des Comptes objective un tiers des mesures concrétisées, un tiers inégalement appliquées et un tiers non mises en œuvre.

En février 2009, le Rapport du Haut Conseil de Santé Publique ^[39] met en lumière la bonne dynamique créée par ce premier Plan Cancer, mais certains points sont contrastés, essentiellement dans le manque de moyens, le retard dans l'exploitation des données épidémiologiques et les inégalités toujours présentes dans l'accès aux soins.

Quelques jours plus tard, c'est le Professeur GRÜNFELD qui rend son rapport. Missionné par le Président SARKOZY, le « rapport GRÜNFELD » ^[24] fait 8 nouvelles propositions afin d'impulser un nouvel élan (voir l'ANNEXE 6) :

- développer une recherche transversale et pluridisciplinaire
- rechercher les déterminants des inégalités de santé
- rechercher les causes comportementales et environnementales du cancer
- prévention et dépistage : privilégier les actions de proximité et d'éducation à la santé, pour les populations les plus vulnérables
- améliorer la coordination des soins et le lien vers le secteur médico-social, autour du médecin traitant
- être attentif aux professions à démographie fragile (anatomo-pathologistes et

radiothérapeutes)

- approfondir la collaboration avec les associations de malades
- prévoir et organiser le « vivre après le cancer »

De ce rapport naît une deuxième impulsion de l'Etat avec le deuxième Plan Cancer 2009-2013, officialisé par le Président SARKOZY le 2 novembre 2009. Il s'inscrit dans la continuité du Plan CHIRAC et est piloté par un comité inter-ministériel (présidé par la Direction Générale de la Santé, DGS). Il s'articule autour de 5 axes et comprend 30 mesures qui correspondent à 118 actions concrètes. Ainsi :

- Axe Recherche, dont le but est d'assurer le transfert rapide des avancées au bénéfice de tous les malades, en renforçant les moyens de la recherche (mesure 1) et en caractérisant les risques comportementaux/environnementaux (mesure 3)
- Axe Soins, dont l'objectif est de garantir à chaque patient un parcours de soin personnalisé et efficace et de renforcer le rôle du médecin traitant (mesure 18)
- Axe Dépistage-Prévention (lutte contre le tabac, les facteurs environnementaux, les étiologies infectieuses et promouvoir les programmes nutrition et activité physique, mesure 14)
- Axe Observation, avec la communication et le développement des systèmes de surveillance et de l'épidémiologie sociale des cancers (mesure 14)
- Axe « Vivre pendant et après un cancer » (améliorer la qualité de vie des patients et combattre toute forme d'exclusion, mesure 25)

De plus, trois objectifs transversaux irriguent la stratégie de ce deuxième Plan Cancer, et se retrouvent dans chaque axe. Ils représentent ainsi de nouveaux défis :

- mieux prendre en compte les inégalités de santé
- renforcer le rôle du médecin traitant, et ce à tous les moments de la prise en charge
- analyser et prendre en compte les facteurs individuels et environnementaux

Sur les 732 millions d'euros alloués à ce Plan 2009-2013, 54,9% sont utilisés pour l'Axe Soins (402 millions d'euros). Notamment à travers le « Parcours de Soins » qui s'inscrit dans la continuité du premier Plan Chirac. Il s'agit de mener des actions pour accompagner les patients depuis l'annonce de la maladie jusqu'à la vie après le cancer, avec trois parties distinctes :

- le dispositif d'annonce, qui informe et accompagne le patient de l'annonce de la maladie aux propositions de traitement. Ce dispositif a été évalué par l'INCa en 2011^[40] et largement plébiscité par les patients, tant dans le temps de l'annonce que dans le soutien apporté tout au long du traitement.
- le Parcours Personnalisé de Soins (PPS, mesure 18) et le Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC, mesure 25). Le Rapport d'évaluation des expérimentations du parcours personnalisé^[41] (septembre 2012) affirme que l'impact de ces outils a montré des effets globalement positifs sur les patients. Il met au centre du projet l'infirmier coordonnateur hospitalier et le médecin traitant. Ces premiers dans leur rôle d'interlocuteurs privilégiés à l'hôpital et dans leur rôle de facilitateurs pour la coordination ville-hôpital). Ces derniers dans leur rôle pivot au quotidien pour le patient et son entourage. Une deuxième évaluation est attendue pour fin 2013.
- le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC)^[42] dont le développement est en lien avec la relance du Dossier Médical Personnel (DMP) et est assuré par l'INCa et l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIPsanté). Ce dossier permet aux professionnels de santé d'échanger des données (fiches de RCP, comptes-rendus opératoires, comptes-rendus anatomo-pathologiques...) et de gérer certains outils (élaboration du programme personnalité de soins, accès aux recommandations de bonne pratique clinique, accès aux registres des essais cliniques...).

Concernant ce DCC et le rôle du médecin traitant dans l'après cancer, de nouvelles perspectives sont évoquées en novembre 2012 par le Dr Agnès BUZYN (qui dirige l'INCa depuis 2011)^[43]. Elle souligne notamment la persistance des inégalités d'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables. Ses interventions sur les ondes radio précèdent et introduisent l'intervention du Président HOLLANDE le 4 décembre 2012, qui lance alors le troisième Plan Cancer 2014-2018. Selon le Pr Jacqueline GODET, Présidente de la Ligue Contre le Cancer, l'évaluation et la réalisation des propositions des deux premiers Plans s'avèrent indispensables à ce troisième Plan Cancer. La Ligue se félicite d'avoir « été entendue sur la lutte contre les inégalités » et que « la vie soit au cœur de ce programme »^[44].

1.3.2.6. Conclusion sur l'histoire de la Cancérologie

Dès les premiers temps, la description, la classification et la différenciation des traitements selon les stades du cancer sont au cœur de la prise en charge oncologique. L'Antiquité a jeté les bases de l'observation et de la chirurgie. Puis, les avancées techniques, la théorie cellulaire et la découverte des oncogènes ont révolutionné l'approche thérapeutique des cancers. Ce n'est que progressivement que les pouvoirs publics ont su trouver leur place et comprendre l'intérêt de la prévention et de l'accompagnement pluridisciplinaire des patients atteints de cancer.

Depuis plusieurs années, le cancer est devenu une priorité nationale de santé publique et a donné lieu à diverses réflexions. De ces réflexions ont germé plusieurs Plans Cancer proposant une organisation des soins en cancérologie basée sur la pluridisciplinarité, l'utilisation d'outils communs et la volonté d'une prise en charge globale et transversale du patient.

1.3.3 Rôles du médecin généraliste en Cancérologie (chronologie des théories de la politique de santé)

1.3.3.1. Commission de 1989

C'est dans l'année où Bishop et Varmus obtiennent le Prix Nobel pour la découverte des Oncogènes, une décennie avant les Premiers Etats Généraux du Cancer, que le Comité Consultatif pour la formation des médecins émet des recommandations pour les MG en Cancérologie. Et ce, via la Commission du 8 novembre 1989 relative à la formation des personnels de santé en matière de cancer ^[45]. Ainsi, 13 recommandations émergent de ce Comité, avec en filigrane constant la formation des médecins présents ou en devenir :

- la formation des médecins en cancérologie devrait tenir une très grande place dans l'enseignement et la recherche.
- chaque Faculté de Médecine devrait avoir un programme de formation en cancérologie pendant la formation de base.
- le rôle essentiel que joue le MG dans la prévention et le diagnostic précoce du cancer devrait être reconnu et développé.

- les MG devraient être formés spécifiquement en dépistage, guidance, méthodologie des traitements appropriés, soins aux patients arrivés au stade terminal de la maladie.
- dans toutes les disciplines, la formation devrait intégrer la biologie des affections néoplasiques.
- il faudrait parvenir à des objectifs minimaux dans la formation des oncologues.
- les principes de l'épidémiologie devraient être enseignés à tous les niveaux de la formation.
- tous les médecins en post-universitaire devraient avoir accès à la recherche fondamentale et la recherche clinique.
- la coopération inter-disciplinaire devrait être encouragée.
- il faudrait promouvoir la coordination des activités des instituts spécialisés avec les sociétés scientifiques, les associations de spécialistes, les universités.
- utilisation des techniques modernes de formation.
- encourager les échanges dans la Communauté Européenne.
- il faudrait veiller à ce qu'une part suffisante de la formation continue des médecins généralistes soit dédiée à l'oncologie.

1.3.3.2. Commission de 2002

Le rapport de la Commission d'Orientation sur le Cancer [8] met en lumière la présence forte du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer, notamment en ce qui concerne le diagnostic précoce, le dépistage et la phase palliative.

Ce rapport conclut que la place du MG, notamment libéral, doit être « mieux définie et mieux valorisée », « la place des MG dans la coordination des soins et le suivi des patients est essentielle. Le médecin traitant reste le point de repère médical du patient en dehors de l'hôpital ».

Il est également fait mention de la nécessité pour les généralistes d'être davantage intégrés dans le parcours thérapeutique du patient, par exemple dans la réalisation des soins complémentaires. De plus la dimension plurielle des soutiens est abordée avec : « les médecins traitants sont confrontés aux effets secondaires des traitements mais aussi au traitement de la douleur, à l'accompagnement de fin de vie et aux soins palliatifs ».

Ainsi, le décret du 3 mai 2002 tente de proposer un cadre à cette prise en charge avec le choix dans la rémunération des praticiens libéraux, concernant « la délivrance des soins palliatifs à domicile » : paiement à l'acte ou paiement au forfait.

Enfin, le travail en réseau est évoqué : « la coordination entre la ville et l'hôpital doit être renforcée notamment dans le cadre des réseaux de soins afin de permettre un meilleur suivi global [...] ».

1.3.3.3. Les Plans Cancer

Même si le rôle des médecins généralistes apparaît dans la mesure 33 du Plan Cancer 2003-2007 ^[3] (« faciliter l'insertion des MG au sein des réseaux [...] et aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires »), il faut acter de la trop faible implication du MG dans ce premier Plan Cancer.

Ce qui sera véritablement corrigé dans le deuxième Plan Cancer 2009-2013 en remplaçant le MG au centre du système et en le qualifiant de pivot du parcours de soins ^[18]. L'une des 6 mesures phares de ce Plan est la mesure 18 (dans l'Axe Soins). Elle introduit le rôle du MG ainsi : « Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant. Faire bénéficier 80 % des patients au moins d'un programme personnalisé de soins. Ce programme devra systématiquement impliquer le médecin traitant. » Ainsi, le MG coordonne les soins, joue son rôle de proximité pendant la phase thérapeutique et la phase de surveillance, et doit partager les données médicales avec les autres professionnels de santé (mesure 18.3).

La mesure 16 (Axe prévention-Dépistage) quant à elle propose d'impliquer le « médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage ». Les médecins généralistes sont donc pleinement invités à travailler dans tous les champs qu'impliquent la pathologie cancéreuse. Leur rôle est aussi fortement appuyé dans l'après-cancer comme un rôle de proximité afin d'optimiser la coordination des soins et le lien avec le secteur médico-social. Il s'agit pour le médecin traitant d'extirper son patient de la machinerie complexe et déroutante du système de soins, afin de l'orienter précisément et de manière adaptée à sa situation, vers les structures de soins, les oncologues ou les soins de support.

Ce cheminement difficile est reformulé et cadré dans la notion de Parcours de Soins (déjà introduit dans le Plan Cancer 2003-2007). Ce Parcours place totalement le médecin traitant au cœur du dispositif et comprend :

- le Dispositif d'Annonce : afin d'informer et accompagner le patient lors de l'annonce du diagnostic, mais aussi dans ses choix vis-à-vis des propositions de traitements ^[40].
- le Parcours Personnalisé de Soins (PPS):
 - afin de personnaliser la prise en charge du patient, notamment dans le champ sanitaire et médico-social
 - afin de mieux coordonner les soins entre l'hôpital et la ville
 - notion de référent médical de proximité
 - le rapport d'évaluation du PPS ^[41, 46] par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'INCa, abonde dans ce sens avec un impact de ce dispositif jugé pertinent par les professionnels et par les patients eux-mêmes
- le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) : afin de partager les données médicales entre les professionnels hospitaliers et le médecin généraliste ^[42], comme proposé dans la mesure 18.3 du Plan Sarkozy et la mesure 34 du Plan CHIRAC. Ainsi, le MG accède et échange les données telles que les fiches de RCP, les comptes-rendus (opératoires et anatomo-pathologiques), recommandations de bonnes pratiques cliniques (pilotées par l'INCa).

En octobre 2012, les résultats des expérimentations du Parcours de Soins à partir de 35 sites pilotes ^[46] ont permis d'objectiver des marges de progression dans la participation du médecin traitant. En effet, leur participation effective dans le parcours de soins et le suivi médical « est restée assez limitée », mais il a été identifié nettement que le médecin traitant poursuit son rôle de relais et d'acteur de proximité pour les patients dans : l'accompagnement social, l'accompagnement psychologique et la réinsertion professionnelle. Car il sait mutualiser et piloter l'action des différents acteurs médico-psycho-sociaux de son réseau local. Notons que cette phase de l'après-cancer bénéficie aussi du travail performant des infirmiers coordonnateurs hospitaliers ^[41]. La mise en place de leur travail a été complexe les premiers mois ayant suivi le deuxième Plan Cancer, mais leurs compétences et leur savoir-faire ont impacté très positivement les liens intra-hospitaliers et les liens avec les médecins généralistes.

1.3.3.4. Axes à retenir

Le médecin généraliste trouve ainsi naturellement sa place à chaque étape de la pathologie cancéreuse : le dépistage, le suivi per-thérapeutique, l'implication dans les soins palliatifs, le traitement de la douleur ^[47]. Des différentes commissions étatiques et plans cancer vus précédemment, nous pouvons dégager clairement les champs d'action pratiques du médecin généraliste dans ces étapes du parcours de soin en Cancérologie.

1.3.3.4.1. La prévention primaire

De par sa position de proximité et son mode d'exercice, le MG peut toucher les populations les moins accessibles, les plus démunies ou les moins réceptives aux messages de prévention. Il établit une relation de confiance avec le patient, qui permet ce rôle plus aisément.

En prévention primaire, il joue un rôle tant sur le plan individuel que sur le plan collectif, grâce à sa fonction de premier recours et au nombre de consultations annuelles qu'il effectue pour le même patient.

Son but est d'identifier les facteurs de risque pour chaque patient, de l'informer sur ces risques et les conséquences inhérentes en terme de santé. Il propose alors son aide afin de modifier le comportement à risque de chaque patient. Tout en intégrant l'état des connaissances et les exigences sociétales (exigences économiques, bénéfice/risque, aspects médico-légaux), il tient compte de la demande et des besoins individuels de chaque patient. Sur le plan collectif, le médecin généraliste est le relais des campagnes de prévention initiées par les pouvoirs publics. Notons également l'impact important de la prévention des risques individuels sur l'ensemble de la société, par exemple dans les domaines de la vaccination, de la prévention des risques sexuels, des addictions, des maladies infectieuses.

Rappelons également qu'une consultation de prévention est un droit acquis depuis les Ordonnances d'octobre 1945 ^[48], créant le système de protection sociale français : « chaque assuré peut bénéficier tous les cinq ans d'un bilan de santé ».

Dans une étude réalisée par le Haut Conseil de la Santé Publique, rendu en mars 2009, il est objectivé deux temps bien distincts de la prévention en médecine générale ^[49] :

- la consultation périodique de prévention dédiée (s’inscrivant dans un temps spécifique au cours duquel le MG va effectué toute une série d’investigations)
- les examens (ou actes) le plus souvent périodiques (cette périodicité étant fixée par des référentiels) de prévention (s’inscrivant dans un continuum organisé au sein du parcours coordonné de santé et sur les temps habituels itératifs entre le MG et son patient)

En outre, dans le cadre des orientations de la Loi sur la sécurité sociale de 2004 ^[50], le chapitre 1 de la convention sur le parcours de soins et la coordination, précise que la relation de proximité du médecin traitant avec ses patients, le situe « au cœur du développement de la prévention de la santé ».

Le médecin généraliste réalise aussi son rôle de prévention primaire en association avec différents dispositifs existants :

- consultations dans les Centres d’Examen de Santé (CES)
- consultations de prévention gérées par la Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- consultations de prévention gérées par le Régime Social des Indépendants (RSI)

Enfin, le Haut Conseil de la Santé Publique propose, dans son rapport de mars 2009, plusieurs futurs champs d’actions possibles dans la prévention primaire ^[49], que pourrait initier dans les années à venir le MG :

- consultations de prévention des maladies cardio-vasculaires (testées via le programme « Prévarance » à Dinan)
- l’adolescence et l’entrée dans le dispositif médecin traitant
- le chômage et les difficultés d’insertion (notions sanitaire et sociale)
- prévention des jeunes seniors
- mise en place progressive de référentiels de prévention (validés par la Haute Autorité de Santé)

1.3.3.4.2. Le dépistage ^[51]

Avec le dépistage, le médecin généraliste tente d'isoler, au sein de sa patientèle, une sous-population à haut risque de cancer. Son rôle est primordial à ce stade du parcours de soin, car l'ensemble des épisodes cancéreux débute par une lésion pré-cancéreuse ou une lésion dite in-situ. Plus la lésion suspecte est diagnostiquée tôt grâce au dépistage, plus le risque de mortalité du patient diminue significativement.

Cette étape nécessite des connaissances précises car le médecin généraliste doit proposer une stratégie individualisée à chaque patient et doit optimiser son inclusion dans les programmes de dépistage de masse si cela s'avère utile (dépistage du cancer du sein, colo-rectal, col de l'utérus).

Selon l'OMS, pour qu'un cancer soit dépistable par le médecin traitant, la maladie doit :

- représenter un problème important de santé publique (notion de fréquence)
- exister à un stade latent reconnaissable (lésion pré-cancéreuse)
- être curable, dont le traitement efficace modifie la morbidité et la mortalité
- et les tests de dépistage doivent être performants, peu coûteux, sensibles, spécifiques, fiables et sans risque

Même si le dépistage possède des avantages individuels et collectifs indéniables, n'oublions pas non plus qu'il présente certains inconvénients : morbidité induite (par exemple dans le dépistage du cancer du sein), sur-dépistage de cancers non progressifs, faux positifs (exemple : jusqu'à 16% pour le test Hemocult dans le dépistage du cancer du colon).

De plus, le dépistage présente 2 biais à souligner :

- biais dû au déplacement de l'origine (lead time bias) : en effet, le test modifie favorablement la survie quelque soit l'efficacité du traitement. Ainsi, la survie des dépistés est toujours supérieure à celles des diagnostiqués.
- biais de lenteur d'évolution (length bias) : ici, le test modifie favorablement la survie par inclusion des formes lentes, sans forcément modifier la mortalité.

Les enjeux pour le médecin généraliste sont donc de sélectionner les patients, de les informer progressivement, tout en évitant le sur-dépistage. En médecine générale, le dépistage concerne essentiellement :

- le cancer du col utérin : pratique du frottis cervico-vaginal (FCV). La Conférence Consensus de Lille ^[52] propose sa réalisation à « toutes les femmes ayant ou ayant eu une activité sexuelle, âgées de 20 à 65 ans, tous les 3 ans. En début de dépistage, les deux premiers frottis doivent être réalisés à 1 an d'intervalle, quel que soit l'âge où le dépistage commence. » On peut estimer que 10% des FCV en France sont réalisés par le médecin généraliste de la patiente ^[53], contre 25% en Islande, et 100% aux Pays-Bas. La Direction Générale de la Santé a fixé à 40% le taux de FCV à réaliser par le médecin traitant.
- le cancer du sein : proposé à toutes les femmes de 50 à 74 ans (avant 50 ans si facteurs de risque), par mammographie 2 incidences, tous les 2 ans, chez un radiologue ayant une formation sénologique (et 2 lectures des clichés sont réalisées). Depuis sa mise en place, ce dépistage a permis la réduction de 30% de la mortalité. Pour le département de la Vienne, c'est le dispositif DOCVIE (Dépistage Organisé du Cancer du sein dans la Vienne) qui en est l'organisateur.
- le cancer de la prostate : l'Association Française d'Urologie préconise sur le plan individuel la réalisation d'un dosage annuel du PSA et d'un toucher rectal chez les hommes âgés de 50 à 75 ans ^[54] (avant 45 ans si facteurs de risque familial ou ethnique). En revanche, sur le plan collectif, pour l'HAS, il n'a pas été démontré, à ce jour, que la mise en œuvre d'un dépistage de masse du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total soit associée à un bénéfice significatif en termes de réduction de la mortalité globale ^[55].
- le cancer colo-rectal : c'est un dépistage de masse, ciblée sur toute la population asymptomatique entre 50 et 74 ans, via le test Hemoccult II (recherche de sang occulte par la réaction au Gaïac), tous les 2 ans. En présence de facteurs de risque familiaux ou individuels, un dépistage individuel est quant à lui basé sur la coloscopie totale. Le dispositif DOCVIE précédemment cité organise aussi ce dépistage pour le département de la Vienne.

- le mélanome : dépistage systématique par le médecin généraliste lors d'une consultation (liée ou non à cette question). Et intérêt de l'information régulière au sein de la consultation de médecine générale afin d'éduquer le patient à un auto-dépistage (règle ABCDE : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur, Diamètre, Evolution).

En outre, il est primordial de faire une distinction nette entre dépistage et diagnostic. Autant l'objectif du dépistage est la présomption diagnostique, que celui du diagnostic est la certitude. Concernant les coûts, ils seront acceptés élevés plus volontiers pour le diagnostic que pour le dépistage. De plus, certains risques inhérents au test sont envisageables pour un diagnostic, mais rapidement inacceptables pour un dépistage.

1.3.3.4.3. Le diagnostic et l'annonce ^[56, 57, 58]

Qu'il soit la conclusion d'un dépistage positif ou l'aboutissement d'une liste d'exams complémentaires (dans le bilan d'un symptôme évocateur), le diagnostic est le plus souvent réalisé par le médecin traitant. Celui-ci organise, dès ce moment, l'orientation du patient dans la filière de soins adaptée pour confirmation histologique et stadification de la lésion diagnostiquée. Ainsi, la meilleure stratégie thérapeutique pourra être proposée.

Dans le Parcours de Soins, le temps de l'annonce diagnostique est fréquent au sein de la consultation de médecine générale. Le MG est un maillon du dispositif d'annonce par sa relation singulière et basée sur la confiance, qu'il a acquise au fil des années avec le patient (et son entourage).

Lorsque le temps de l'annonce diagnostique est réalisé au sein de la structure de cancérologie, le MG joue aussi son rôle lorsqu'il prépare le patient à cette annonce, lorsqu'il reformule ou explique certains détails restés en suspens au cours de la consultation avec l'oncologue. Et inversement pour l'oncologue lorsque le MG a fait l'annonce. Car la sidération psychologique chez le patient, caractérisant cette consultation particulière, nécessite une reformulation fréquente des explications.

Sur le plan administratif, le médecin traitant établit le protocole de soins d'Affection Longue Durée (ALD) pour assurer à son patient une prise en charge financière optimale des soins liés à la pathologie cancéreuse.

La phase du diagnostic nécessite donc une communication de bonne qualité entre les différents intervenants : intérêt du DCC, intérêt d'une relation fluide et de confiance entre l'oncologue et le médecin généraliste (transmissions des comptes-rendus anatomo-pathologiques et opératoires, fiches de RCP...).

1.3.3.4.4. Les soins

Le médecin généraliste accompagne son patient atteint de cancer dans tous les traitements spécifiques, ainsi que dans la surveillance des effets indésirables, de l'efficacité et la gestion des complications liées à ces traitements. En outre, il a un rôle dans l'information, la compréhension et l'acceptation de ces traitements spécifiques. Tout cela en étroite collaboration avec les spécialistes, car il est vrai que le MG a une action limitée pendant le temps thérapeutique pur en Cancérologie.

Il y joue alors son rôle de coordination afin d'optimiser la complémentarité des différents intervenants, garantissant ainsi la continuité des soins. Il est également acteur de la mise en place des soins de support et autres soutiens indispensables au patient tout au long de la maladie, afin d'améliorer sa qualité de vie ^[59] (et celle de son entourage). Effectivement, il coordonne les soins relatifs à la douleur, aux besoins nutritionnels, à la dimension psychologique (voire religieuse), aux soins réalisés à domicile (HAD, protocoles infirmiers, kinésithérapie...).

Le médecin traitant apporte aussi au patient son soutien dans les démarches administratives et sociales : renouvellement des arrêts de travail, réalisation du protocole de soins ALD, reclassement professionnel, mise en invalidité ou mi-temps thérapeutique...).

Ces multiples soins s'adressent à toutes les phases de la maladie (de la période curative à la période terminale).

1.3.3.4.5. La suite des soins

A partir de la phase de soins spécifiques du cancer, se dessinent deux cheminements (aux tenants et aboutissants bien différents) :

- le suivi post-thérapeutique : période plus ou moins conséquente selon le type de cancer, son extension initiale et la singularité du patient. Cette phase distille la notion de rémission et le médecin généraliste y poursuit son rôle global avec : le suivi des séquelles somatiques et psychologiques des traitements, le dépistage d'éventuelle(s) récurrence(s), la gestion de l'ensemble des autres pathologies du patient. Ce suivi post-thérapeutique reste bien entendu un rôle actif du spécialiste oncologue, mais il s'inscrit progressivement dans une mutualisation des tâches avec le médecin traitant, et également avec le chirurgien. D'où la nécessité, encore une fois, d'une communication très présente entre ces deux intervenants.
- les soins palliatifs : période pendant laquelle des soins actifs sont réalisés auprès du patient, dans une approche globale d'une maladie évolutive ou terminale. A cette étape où le pronostic vital est engagé, la place du médecin généraliste est évidente. En effet, une étude réalisée en 2008 ^[60] estime à 40% les patients qui vivent leur phase terminale à domicile, entourés de leurs proches et de leur médecin traitant. Celui-ci assure le suivi continu entre les consultations spécialisée, les hospitalisations et les périodes à domicile. Il est aussi le pivot de cette prise en charge à domicile, comme souhaité par les pouvoirs publics ^[61], notamment via l'Hospitalisation à Domicile (HAD). Très souvent sollicité par le patient et sa famille, il devient ainsi le responsable des soins dits non spécifiques (asthénie, douleur, troubles psychiques, troubles respiratoires, dénutrition, ...) et de la mise en place des structures d'aides à domicile (exemple des SSIAD). L'objectif premier est le confort de vie, à travers la continuité des soins, mais cela reste délicat, notamment d'un point de vue psychologique. C'est une étape intimiste entre le médecin généraliste et son patient, et les relations souvent anciennes et étroites sont mises à l'épreuve.

1.3.3.4.6. L'après-cancer

Cette étape est l'un des enjeux du Plan Cancer 2009-2013 et le médecin traitant y joue un rôle important à travers le Programme Personnalisé de Soins ^[18, 24]. En effet, la majorité des cancers étant curables, les perspectives de guérison impliquent d'anticiper et d'accompagner l'après-cancer.

Pour les patients, cette période est souvent un cap psychologique et physique difficile à passer. Le médecin généraliste peut alors apporter un soutien psycho-social progressif et adapté, avec par exemple la clôture du protocole de soins ALD, le suivi psychologique, l'aide au reclassement professionnel, le suivi d'éventuelle(s) récurrence(s).

1.3.4 Rôles et actions du MG vus par les patients

Nous pouvons observer deux attitudes bien distinctes des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste lorsque le diagnostic de cancer survient. Soit le médecin traitant fait partie intégrante du système, soit il est estimé que le médecin généraliste n'y a pas sa place.

1.3.4.1. Arguments évoqués pour que le MG soit acteur en Cancérologie

Pour les patients, c'est la polyvalence qui fait la spécialité du médecin traitant. Son action est donc complémentaire à celle de l'oncologue tant dans la prise en charge curative du cancer que dans le suivi.

Cette confiance du patient envers son médecin généraliste est liée à une relation de proximité, qui s'inscrit dans la durée et s'articule autour de plusieurs axes :

- rôle administratif ^[62] : gestion des problèmes socio-professionnels liés à la pathologie cancéreuse, prescription d'examens complémentaires, renouvellement de traitement initié en structure spécialisée.
- rôle dans l'annonce du diagnostic ^[51, 63] : situation de confiance, reformulation de la consultation spécialisée, demandes diverses que le patient n'a pas osé poser au spécialiste

- suivi de la maladie et soutien moral : le médecin traitant est considéré comme membre important de l'équipe soignante par son suivi progressif et adapté au patient (pour 75% des patients) ^[63], sollicitation du MG dans les étapes difficiles du traitement oncologique ^[64], notion de soutien psychologique constant dès les premiers symptômes de la maladie ^[62]
- aide à la compréhension globale de la maladie : que ce soit sur le cancer en général, sur les effets secondaire de la chimiothérapie ^[60] ou sur les propositions thérapeutiques ^[62]
- permanence des soins primaires pendant les traitements curatifs de la maladie ^[64]
- organisation des soins à domicile pour améliorer la qualité de vie : une étude réalisée en 2205 en Aquitaine sur le réseau ROSA démontrait que 97% des patients préféraient que les cures de chimiothérapie soient réalisées à domicile et coordonnées par le médecin traitant ^[65]
- suivi post-thérapeutique : la majorité de patients préférant un suivi ambulatoire par leur médecin généraliste plutôt que par une structure, mais toujours en préservant un contact a minima avec leur oncologue ^[65], satisfaction de la grande majorité des patients dans la coordination ^[65] entre leur médecin généraliste et la structure spécialisée

1.3.4.2. Arguments évoqués à l'encontre du MG acteur en Cancérologie

Le temps du cancer dans la vie des patients conditionne tous leurs projets à court ou moyen terme. La maladie cancéreuse devient le centre de toutes les préoccupations, organisations et raisonnements. C'est pourquoi, par mimétisme, le cancérologue passe au premier plan, même pour la plupart des soins primaires (alors demandés par le patient lors des consultations spécialisées) ^[66].

Ainsi, certains patients expliquent ne plus avoir consulté leur médecin traitant depuis l'annonce du diagnostic par le cancérologue ^[62], car ils ont le sentiment d'être pris totalement en charge par l'hôpital de jour et les consultations spécialisées.

1.3.5 Rôles et actions du MG vus par les oncologues ^[67]

Le travail réalisé par JOLY L., en 2010, auprès de praticiens hospitaliers en Oncologie des hôpitaux de Tenon, Lagny, Avicenne, Coulommiers, fait émerger plusieurs points :

- l'oncologue et la structure hospitalière en tant que référents du temps thérapeutique curatif pur
- la notion de « médecin traitant, coordonnateur de soins » du Plan Cancer 2009-2013, recentre le médecin généraliste au cœur d'un système déjà bien rodé, et donc nécessite une souplesse du médecin généraliste et la preuve de ses compétences
- le médecin traitant est important surtout dans l'organisation des soins de support et les soutiens annexes (missions vues par les oncologues : assurer la prévention secondaire, gérer les effets secondaires des traitements, adapter le traitement antalgique, informer et expliquer entre deux consultations spécialisées, assurer la prise en charge psycho-socio-administrative, veiller à l'entourage du patient)

1.4 LES PARTENAIRES DU MG EN CANCEROLOGIE

La singularité de la prise en charge du cancer réside dans l'intégration de plusieurs métiers ou disciplines, de plusieurs types de structure. Pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, la Cancérologie intègre autour du patient plusieurs intervenants réalisant les soins (spécifiques ou de support). Ce maillage est coordonné par le médecin généraliste ^[18], dont le lien permanent avec les équipes des établissements autorisés reste un enjeu de cette prise en charge ^[41].

L'organisation de la Cancérologie pour les soins spécifiques sera davantage développée dans un chapitre suivant. Ces soins, au sein d'établissements autorisés, regroupent la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie.

En outre, la notion de soins de support regroupe un ensemble de « soutiens » autour du malade et de son entourage, tout au long de l'évolution de la maladie. C'est en 1990 que sont évoqués les soins de support pour la première fois, par la Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) ^[68]. Les frontières de cette notion sont encore mal délimitées, du fait de son principe même d'ouverture à tout type d'aide pour chaque patient. Cette question complexe ne répond actuellement à aucun modèle parfaitement établi, tant en France qu'à l'étranger. On peut citer, entre autres, parmi les soins de support : le Centre Anti-Douleur, les Soins Palliatifs, la Psycho-Oncologie, les programmes de nutrition, l'accompagnement social, l'Hospitalisation à Domicile (HAD) ^[59].

1.4.1. HAD

Son rôle comme structure complémentaire de celles de cancérologie à l'hôpital est primordial. Elle est soumise aux mêmes règles législatives que tout établissement de santé, et détient son agrément pour quatre années renouvelables. Elle permet d'assurer au domicile des patients des soins médicaux ou para-médicaux décisifs, pour une durée limitée et renouvelable si besoin.

Selon le dernier rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2010, elle a connu un essor important cette dernière décennie ^[69] avec un pic d'activité en 2005. Même si l'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire français, chaque département possède au moins un établissement autorisé.

Dans le parcours de soins, l'HAD se situe essentiellement en aval de l'hospitalisation complète dont elle permet de raccourcir la durée.

L'hospitalisation à domicile permet de réaliser :

- des soins ponctuels, notamment en cas de maladies non stabilisées (chimiothérapie) ;
- des soins de réadaptation au domicile, notamment en cas de maladie cardiaque, de traitement orthopédique, etc... ;
- des soins palliatifs.

Les conditions générales d'admission d'un patient en HAD sont :

- que le patient soit hospitalisé et que le médecin responsable de l'hospitalisation estime que les soins peuvent être poursuivis à domicile ;
- médecin traitant jugeant que l'état de son patient nécessite des soins mais pas de séjour à l'hôpital ;
- patient (et son entourage) d'accord avec la proposition d'HAD ;
- les conditions de logement du malade permettent la mise en place d'une HAD (enquête réalisée par une assistante sociale).

Et, plus particulièrement, les conditions administratives de l'HAD sont :

- le patient concerné habite dans une zone géographique couverte par une structure d'HAD ;
- que cette structure possède à ce moment-là un lit disponible (parmi sa dotation).

La prise en charge par l'Assurance Maladie est la même que celle appliquée à l'hôpital (hormis le forfait hospitalier car non facturé en HAD). Faisant partie de l'hôpital ou prestataire autonome, les services d'HAD interviennent très fréquemment auprès des patients atteints de cancer. Bien que pouvant en théorie être initiées par les médecins généralistes, les HAD demeurent majoritairement prescrites par les services spécialisés où sont initialement hospitalisés les patients, souvent sur l'initiative conjointe des infirmiers coordonnateurs et des médecins.

S'agissant des soins continus, l'HAD a donc un rôle important à jouer en soins palliatifs (en essayant d'associer ses compétences avec celles des équipes de soins palliatifs), mais aussi dans les filières gériatriques ^[69] en apportant des méthodes hospitalières adaptées au cas les plus complexes.

1.4.2. Structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle ^[70]

Elles sont organisées en consultations, unités ou centres. Coordonnées par un médecin ayant un Diplôme de « Capacité d'évaluation et de traitement de la douleur » (évaluation et traitement), elles répondent à des normes de pluridisciplinarité réglementairement imposées. Elles ne prennent pas en charge uniquement des patients atteints de cancer, mais c'est le cas pour la majorité de leur activité. Ces structures anti-douleur interviennent quelque soit la phase de la maladie, y compris en phase terminale. L'intrication avec la prise en charge d'autres symptômes devient alors une évidence et la plupart de ces services spécialisés ont une double compétence « douleur-soins palliatifs ».

1.4.3. Soins Palliatifs

1.4.3.1. Définitions

Selon les travaux de l'OMS en 1990, les Soins Palliatifs (SP) sont des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. Ils concernent le traitement de la douleur, la prise en charge des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels. L'objectif est de donner la meilleure qualité de vie au malade et à son entourage. Déjà en 1990, l'OMS considère que de nombreux éléments des soins palliatifs sont applicables au début de l'évolution de la maladie, en association avec le traitement anticancéreux.

En 1996, le Conseil National de l'Ordre des Médecins ajoute la notion d'accompagnement. Dans la même année, la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) réaffirme que cela concerne les patients atteints d'une maladie grave évolutive ou terminale. Les soins palliatifs affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ils ne hâtent ni ne retardent la mort.

Ces concepts seront mis dans un cadre légal avec la Loi de juin 1999 ^[71], et seront repris à travers la Mission PMSI de 2002, le Programme National de Développement des Soins Palliatifs de 2002, les travaux de l'OMS et de l'ANAES de 2002. La notion forte est la prise en charge globale du patient concernant la douleur, le soutien psychologique, l'accompagnement spirituel ; tout cela dans le but d'améliorer au maximum la qualité de vie du patient et de ses proches.

1.4.3.2. Rôles et organisation

Les SP s'intègrent dans la dynamique des soins de support à différents moments de l'évolution des maladies graves :

- phase palliative dénommée « terminale » (la plus connue), lorsqu'il n'y a plus de traitement spécifique possible de la maladie causale. C'est essentiellement cette phase qui concentre la prise en charge de la douleur, psychiatrie-psychologie, réadaptation, nutrition, etc.
- phase palliative dénommée « initiale », durant laquelle des traitements spécifiques sont encore appliqués avec l'objectif d'une réponse complète temporaire et/ou partielle, d'une stabilisation de la maladie. En effet, les SP ne sont pas dévolus qu'à la phase terminale, ils sont souvent sollicités pour la prise en charge des douleurs rebelles, les états d'angoisse, la dépression, les retours à domicile difficiles. Ces multiples compétences peuvent exposer les structures de SP à une certaine confusion des genres, mais nous pouvons aussi souligner que le transfert de savoir-faire doit exister, et que chaque compétence n'est pas fixée dans une spécialité précise. Actuellement, il est recommandé d'avoir recours aux compétences des équipes de soins palliatifs de plus en plus précocement : c'est la « démarche palliative anticipatoire »^[72].

En France, il existe trois types de structures de SP pour accueillir les patients en institution^[73] :

- les Unités de Soins Palliatifs (USP) : structures d'hospitalisation pour une durée limitée souvent, de taille modérée (en général une dizaine de lits), réservées aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles assurent plusieurs missions : les soins, l'enseignement et la recherche.
- les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) : missionnées pour apporter une aide, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans d'autres services. Ceci dans une approche globale (douleur, psychosocio, etc.) avec la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique.
- les lits identifiés en soins palliatifs (autrement appelé prise en charge identifiée de malades en soins palliatifs hors USP) : lits situés au sein d'un service d'hospitalisation, permettant un repli des patients du domicile si la situation s'avère nécessaire et permettant une prise en charge globale pluridisciplinaire

Equipes mobiles autonomes (EMSP) ou rattachées à des unités fixes (USP), les structures de soins palliatifs sont ainsi soumises aux mêmes contraintes et difficultés que les structures officielles de la douleur. Les compétences y sont d'ailleurs en partie superposables : algologie et lutte contre les symptômes, soutien psychologique, assistance nutritionnelle, assistance sociale, aides bénévoles [59]. Pour cela, deux modes d'intervention existent : via l'Hospitalisation à Domicile et via les réseaux de soins palliatifs.

Enfin, l'une des particularités du travail en SP est la prépondérance des bénévoles. De nombreuses associations existent en France, dont la majorité est regroupée au sein de l'Union Nationale des Associations pour le développement de Soins Palliatifs (UNASP) ou au sein de la Fédération JALMALV (Jusqu'à la Mort Accompagner la Vie). Cette dynamique associative sociétale ayant été souvent à l'origine de prises de conscience politique. L'action bénévole possède avant tout une dimension relationnelle (formations, groupes de parole).

1.4.4. Partenaires para-médicaux

L'organisation et la coordination des soins accompagnant les patients atteints de cancer font intervenir d'autres professionnels, tant au sein des structures qu'à domicile, afin d'optimiser un climat, des compétences, un confort de vie (la liste n'étant pas exhaustive) :

- structures de psycho-oncologie et psychologues de ville
- Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
- rôle des kinésithérapeutes
- infirmier(e)s libéraux et infirmier(e)s coordonnateurs hospitaliers
- médecins nutritionnistes, diététiciennes
- socio-esthéticiennes

1.4.5. Vers une mutualisation des compétences ?

La notion de pluridisciplinarité est fréquemment évoqué en Médecine, et plus particulièrement en Cancérologie. Cependant, celui d'interdisciplinarité devrait lui être préféré afin de mieux rendre compte du besoin d'échanges entre disciplines et non de simples juxtapositions de compétences. Il s'agit de faire interagir ces différentes disciplines de façon coordonnée, synchrone et successive dans le parcours de soins du malade.

D'autant plus que la pratique de la Cancérologie, comme toute pratique médicale, évolue inéluctablement vers l'hyperspécialisation et la transversalité. Le « cancérologue » en tant que tel a rapidement laissé la place : au chirurgien oncologue, à l'oncologue médical, à l'hématologue pédiatrique, au radiothérapeute, à l'hépto-gastro-entérologue spécialisé dans les cancers de sa spécialité, etc. La Cancérologie devient alors l'exercice subtilement coordonné de ces différents spécialistes ^[72].

Afin d'éviter une dispersion des compétences et de permettre une meilleure lisibilité de celles-ci, un certain nombre de Centres Régionaux de Lutte Contre le Cancer (CRLCC) ont expérimenté des départements de Soins Oncologiques de Support (SOS) ^[74]. Différents objectifs sont mis en avant :

- la mise en commun du plateau technique
- l'amélioration des liens ville-hôpital
- le transfert de savoir-faire entre personnels médicaux et para-médicaux, des différents services
- prise en charge horizontale et transversale, en permettant aux praticiens hospitaliers de partager leur activité entre leur spécialité d'origine et la structure SOS

1.4.6. Partenaires non professionnels

En complément des partenaires précédemment cités, il existe un maillage de personnes non professionnelles autour du patient atteint de cancer. Ces divers acteurs sont totalement intégrés avec les professionnels dans la notion anglo-saxonne de « caregivers ». Cette notion désigne « les personnes qui apportent des soins aux malades » ^[75]. Elle regroupe ainsi les amis, les parents, les assistant(e) sociaux(ales), les représentants religieux, aides ménagères, Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), associations de malades, relaxologues, art-thérapeutes ^[59] qui apportent leur soutien, leur réconfort au patient. Le proche est alors considéré comme un soignant à part entière, il est notamment un pilier du maintien à domicile. Et son aide devient primordiale lorsque la maladie fait perdre au patient son autonomie.

En outre, il est important que chaque intervenant soit conscient des tâches respectives assumées par les uns et les autres. Afin que la multitude des compétences soit un atout dans l'organisation de la cancérologie actuelle.

1.5 ORGANISATION DE LA CANCEROLOGIE

1.5.1. Réglementation

1.5.1.1. Réglementation des établissements

L'objectif d'autorisation des établissements de soin en cancérologie répond à l'équité d'accès aux soins qui constitue l'une des mesures fortes des Plans Cancer 1 et 2 ^[3, 18, 37], et qui a été repris par la circulaire du 22/02/2005.

Pour être qualifiés d'autorisés, les établissements de soins, publics ou privés, doivent répondre à des critères d'agrément en cancérologie. Ces critères sont établis par le Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 ^[76, 77] (relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le Code de la Santé Publique) :

- présence d'une équipe médicale comprenant au minimum : 1 oncologue ou 1 médecin qualifié en cancérologie ou 1 médecin titulaire du DESC de cancérologie
- être membre d'une coordination des soins en cancérologie (réseau régional validé par l'INCa ou réseau territorial)
- proposer une organisation de soins comprenant Programme Personnalisé de Soins, réunion de Concertation Pluridisciplinaire, dispositif d'annonce, traitements conformes aux référentiels de bonnes pratiques de l'INCa, soins de support
- respecter les critères de qualité des prises en charge définis par l'INCa : accès aux traitements innovants, accès aux essais thérapeutiques, seuils minimaux d'activité)

L'autorisation est accordée pour cinq années et le Plan Cancer 2009-2013 a pour objectif de vérifier et maintenir la conformité des établissements prévue par le Décret de 2007 (mesures 18 à 24) ^[18, 76].

A noter la notion « d'établissements associés » qui permettent une prise en charge locale. Ce sont souvent des services de médecine ou de soins de suite qui ont l'autorisation d'assurer les traitements par chimiothérapie, préalablement établis en amont par les établissements autorisés.

1.5.1.2. Précisions sur la réglementation des soins

1.5.1.2.1. Seuils minimaux d'activité

Ils sont définis par l'Arrêté du 29 mars 2007 ^[76] fixant les seuils d'activité minimale :

- > 600 patients traités par an pour les centres de radiothérapie
- > 80 patients traités par an pour les centres de chimiothérapie (dont 50 patients en ambulatoire)
- > 30 patients traités par an pour la chirurgie des cancers du sein, digestifs, urologiques et thoraciques
- > 20 patients traités par an pour la chirurgie des cancers gynécologiques et ORL

A noter que certaines chimiothérapies peuvent être également réalisées au domicile des patients, par des professionnels de santé libéraux ^[78] (selon les critères précisés par l'arrêté du 20/12/2004 fixant les conditions d'utilisation des anti-cancéreux injectables).

1.5.1.2.2. Soins de support

Dans la prise en charge des patients atteints de cancer, les soins spécifiques précédemment cités peuvent s'accompagner des soins de support. Ils intègrent totalement les concepts de la circulaire de 2005 ^[76]. Ils ne constituent pas une nouvelle discipline à part entière mais intègrent la démarche de soins pour chaque patient, si la situation le demande. Ils peuvent être mis en place par les établissements via le travail primordial des infirmiers coordonnateurs hospitaliers.

1.5.2. Les niveaux de soins en Cancérologie ^[3, 79]

La mutualisation des objectifs du Schéma d'Organisation Sanitaire de 3^{ème} génération (SROS III) et du Plan Cancer 2003-2007 fait émerger la volonté d'un chaînage de l'offre de soins. La Cancérologie s'organise alors avec différents niveaux de soins, reliant étroitement les intervenants libéraux et institutionnels. Chaque établissement de santé concerné par le traitement du cancer doit garantir une organisation appuyée sur la pluridisciplinarité, l'utilisation des référentiels validés et sur un travail en réseau ^[37].

Les pathologies cancéreuses entraînent une prise en charge dont les traitements sont situés à un haut niveau de technicité. Cette prise en charge fait alors appel à un plateau technique sophistiqué et étendu sur l'ensemble du territoire. Il y a donc un maillage transversal des compétences et de l'offre de soins, mais il s'agit aussi de proposer et organiser une zone de proximité pour les patients. Cette zone de proximité fait intervenir les intervenants médicaux et para-médicaux, en structure ou à domicile, pour les soins spécifiques ou les soins de support, et cela dans le but permanent de l'amélioration de la qualité de vie de chaque patient.

Ainsi, le SROS III (2006-2011) propose une organisation de la Cancérologie en graduant l'offre de soins selon trois niveaux : un niveau de proximité, un niveau de référence et un niveau de recours. Ce système impliquant tant les établissements autorisés à traiter le cancer que ceux associés à cette prise en charge.

1.5.2.1. Le niveau de soins de proximité

Ce niveau comprend essentiellement le dépistage, le diagnostic et son annonce, ainsi que le suivi de la pathologie cancéreuse.

Ainsi, le niveau de soins de proximité est totalement dédié au médecin généraliste et à la collaboration qu'il tisse avec ses confrères oncologues. Les soins de proximité reposent sur les démarches de dépistage entre le médecin traitant et les différentes organisations ayant ce rôle (exemple de DOCVIE dans la Vienne).

De plus, ces soins sont fréquemment à l'origine du cheminement ayant aboutit au diagnostic de la pathologie cancéreuse. La circulaire de 2007 de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) ^[80] permet aux oncologues et médecin généraliste du patient d'adhérer à un réseau territorial de cancérologie. A travers lui, ils ont la possibilité de conserver un rôle d'accompagnement du patient et de sa famille. Ils bénéficient alors via ce réseau territorial de la mise en relation avec les autres professionnels ou institutions de prise en charge.

La proximité des soins est aussi illustrée par les établissements de soins dit associés pour le traitement du cancer. Ainsi, comme prévu dans le Programme Personnalisé de Soins (PPS), certaines chimiothérapies peuvent être assurées par des services de soins de suite, de réadaptation ou de soins de longue durée. L'adhésion au réseau territorial de ces établissements associés en est la condition sine qua non.

Ce niveau d'organisation comprend aussi logiquement le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) permettant l'échange des informations entre professionnels (comptes-rendus de RCP, référentiels de bonnes pratiques, etc...).

Enfin, nous pouvons citer pour le niveau de proximité la place prépondérante des Centres de Coordination en Cancérologie (3C). Situés dans un établissement autorisé ou communs à plusieurs, ils sont initiés par la mesure 32 du Plan Cancer 2009-2013 ^[18]. Leur rôle consiste notamment au suivi individualisé des patients et à la coordination médicale au sein de l'établissement autorisé en Cancérologie. Un peu plus loin dans ce travail, nous développerons plus en détail l'implication des 3C et leurs relations avec les réseaux.

1.5.2.2. Le niveau de soins de référence

On passe au niveau de référence une fois plusieurs conditions réunies : certitude du diagnostic, mise en place de la stratégie thérapeutique spécifique (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie), et pertinence ou non des soins de support. C'est la phase où l'on peut intégrer le dispositif d'annonce, l'accompagnement inter-disciplinaire du patient (consultations spécialisées, soutien psycho-social, prise en charge de la douleur, de l'entourage, accès au plateau technique dans le diagnostic, le traitement et le suivi post-thérapeutique).

Ces conditions doivent être assurées sur chaque territoire concerné, ou par leur jonction avec un territoire proche ; et par chaque établissement autorisé concerné ou par la mutualisation des moyens (par exemple via les établissements associés), si la situation ne le permet pas.

Cette liaison entre les différents intervenants (hospitaliers et libéraux) est permise par le réseau territorial de cancérologie ^[80]. Sa dimension de coordination et de continuité des soins impliquent des liens à la fois avec le médecin traitant et à la fois avec les acteurs du niveau de soins de recours.

1.5.2.3. Le niveau de soins de recours

C'est le niveau d'expertise de l'organisation oncologique. Il concerne trois axes : le traitement, la recherche et l'enseignement. Ce niveau est impliqué dans les situations difficiles des cancers rares, en particulier dans les domaines de l'oncopédiatrie, les thérapies géniques, les greffes de moelle allogéniques, la curiethérapie. Il concentre des techniques complexes tant en imagerie qu'en chirurgie carcinologique.

Ce niveau s'articule autour des Pôles Régionaux de Cancérologie (PRC), des Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC), des Cancéropôles et des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC). Ces différentes entités interagissent ensemble et optimisent certains axes communs.

1.5.2.3.1. Les PRC

Les établissements constituant le PRC dans chaque région ont été initiés par la mesure 30 du Plan Cancer 2003-2007 [3]. Le PRC peut être un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC), un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), ou une clinique hautement spécialisée en Cancérologie.

La constitution des PRC répond à « une logique d'organisation de l'accès aux soins de cancérologie complexes, hyper-spécialisés et aux techniques innovantes » [37]. Le Pôle Régional de Cancérologie a ainsi pour objectif de garantir l'accès de tous les patients aux dispositifs disponibles en cancérologie au niveau régional.

Les missions des PRC sont de :

- réunir les compétences d'expertise afin de disposer de l'ensemble des ressources de recours identifiées, avec la possibilité d'un recours inter-régional si nécessaire.
- augmenter l'inclusion des malades dans les essais cliniques
- coordonner l'accès à un avis spécialisé, à un second avis ou à un plateau technique spécifique
- participer à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation dans le cadre des missions des Universités de Médecine
- participer à des projets mis en œuvre au sein des Cancéropôles régionaux ou inter-régionaux

Le Plan Cancer prévoit également des actions de coopérations entre les membres du pôle régional : essentiellement entre les CLCC et les CHU (accords signés en 2004). Afin qu'ils formalisent leurs complémentarités, partagent leurs moyens et mettent en cohérence leurs stratégies ; « pour établir à terme un projet médical commun ».

1.5.2.3.2. Les RRC

Les Réseaux Régionaux de Cancérologie sont issus de la mesure 29 du Plan Cancer 2003-2007 et de la Circulaire du 22 février 2005. Dans notre région, le RRC est représenté par le Réseau Onco-Poitou-Charentes.

Ses missions sont principalement :

- la promotion et l'amélioration de la qualité en Cancérologie (référentiels)
- la promotion d'outils de communication communs dans la région (DCC)
- l'aide à la formation continue
- le recueil et l'analyse régionale des données d'activité de soins
- l'évaluation des membres et des pratiques
- l'information des professionnels et des patients (via le site internet)
- la coordination des réseaux territoriaux

Nous développerons les RRC avec davantage de précisions sur leurs rôles et leurs connections dans un chapitre ultérieur.

1.5.2.3.3. Les Cancéropôles

Ils sont constitués à l'échelle régionale ou inter-régionale. Ils sont au nombre de sept sur le territoire :

- Cancéropôle d'Ile-de-France (Paris)
- Cancéropôle du Nord-Ouest (Lille)
- Cancéropôle de la région PACA (Marseille)
- Cancéropôle de la région Rhône-Alpes (Lyon)
- Cancéropôle du Grand Sud-Ouest (Toulouse)
- Cancéropôle du Grand-Est (Strasbourg)
- Cancéropôle du Grand-Ouest (Nantes)

Les Cancéropôles sont instruments de rapprochement entre les laboratoires de recherche fondamentale et les unités cliniques. Leur but étant de favoriser le passage de la recherche fondamentale à la recherche clinique, le passage du théorique à la pratique. Ceci, afin de permettre aux patients de bénéficier rapidement des moyens thérapeutiques les plus innovants et les plus adaptés pour le traitement de leur pathologie cancéreuse.

Les structures des Cancéropôles associent donc des équipes de recherche, des plateaux techniques et des services de soins orientés vers l'innovation. Elles ont aussi une dimension européenne dans le domaine de la recherche et tissent des liens avec leurs homologues internationaux.

En fonction des moyens scientifiques et technologiques qu'ils possèdent, chaque Cancéropôle tente de couvrir différents thèmes de recherche. Par exemple, le Cancéropôle qui concerne la région Poitou-Charentes, à savoir le Cancéropôle du Grand-Ouest, travaille sur les axes suivants :

- vectorisation et radiothérapies
- immunothérapies
- valorisation des produits de la mer en Cancérologie
- biologie intégrée des cancers
- vécus, éthique et pratiques
- cellules souches et cancer

1.5.2.3.4. Les CLCC

Ce sont des établissements de santé autorisés, privés, à but non lucratif, et à caractère hospitalo-universitaire. Ils participent au service public hospitalier. Leurs missions sont centrées sur la recherche, les soins, l'enseignement et la prévention.

Ils sont au nombre de 20 sur le territoire français (situés dans 17 régions) :

- six sont créés en 1921 par l'Assistance Publique de Paris
- quatorze voient le jour progressivement dans les années suivantes

En 1945, le Général de Gaulle leur accorde leur autonomie en leur donnant le statut « d'établissements privés ayant la capacité d'utilité publique ».

Et depuis 1964, les CLCC sont désormais regroupés au sein de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC).

1.5.3. Les réseaux en Cancérologie

1.5.3.1. Définitions

Issu du mot *retis* (filet en latin), le réseau constitue un véritable maillage quelque soit le domaine auquel sa signification est appliquée (architecture, informatique, anatomie, astrophysique...).

Dans le domaine médical, l'organisation en réseaux n'est pas un concept récent. Depuis longtemps, ce maillage informel et complexe existe, au sein duquel navigue le patient. Ainsi, chaque médecin possède son réseau de confrères et para-médicaux avec qui il travaille. Et a contrario, chaque patient a lui aussi son réseau concernant son état de santé, c'est-à-dire un ensemble ou une liste de professionnels auxquels il fait appel en fonction d'une pathologie précise, en fonction d'une situation particulière.

Les réseaux de santé ont alors pour but le décroisement du système. Il s'agit de replacer le patient au cœur de ce système de santé. En outre, les réseaux élargissent leur aura en s'adressant non pas au patient seul mais à l'ensemble de la population du territoire.

En 1999, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé propose une définition du réseau de santé ^[81] (ANAES): « forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin [...] sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. [...] il est composé de professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau se fonde sur la définition commune d'objectifs ».

Le réseau devient alors un ensemble de moyens dont le but est l'accomplissement d'un objectif commun. C'est en 2002 avec la loi du 4 mars relative aux droits des malades et à l'organisation du système de santé que le cadre légal des réseaux de santé est défini ^[82] : « pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires [...] ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité des prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, les établissements de santé, les institutions médico-sociales [...] les représentants des usagers ».

Puis, en 2007, c'est la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) ^[80] qui évoque le réseau de cancérologie comme le pivot organisationnel du champ sanitaire. Le réseau devient une structure de partage des connaissances, permettant une mise en commun des compétences « pour l'amélioration des pratiques au service de la prise en charge globale des patients ».

Ainsi, les parcours de soins en Cancérologie sont de plus en plus complexes et longs, avec des prises en charge dans des structures qui varient (hôpital, soins de suite, domicile...), et avec des intervenants multiples. Ce parcours nécessite alors une réelle coordination, permise par les réseaux qui apportent de réels atouts auprès des patients et dans la pratique des professionnels concernés. Pour cela, les réseaux s'organisent géographiquement sur deux niveaux : local (réseaux territoriaux) et régional (réseaux régionaux).

1.5.3.2. Les réseaux territoriaux

Ils agissent sur le plan local, en fonction des enjeux et des contraintes du territoire. Leurs missions sont essentiellement :

- la coordination des différents acteurs
- la prise en charge des patients
- l'amélioration des pratiques professionnelles

1.5.3.2.1. Coordination des acteurs

Les réseaux territoriaux jouent un rôle primordial dans le lien à établir entre chaque acteurs professionnels de la prise en charge oncologique, mais aussi dans le lien entre ces acteurs professionnels et les patients eux-mêmes.

Entre acteurs professionnels, il s'agit d'optimiser le maillage entre la ville et l'hôpital. Le parcours de soins complexe et consommateur en ressources, doit accepter un certain décloisonnement pour devenir plus cohérent.

Les actions des réseaux territoriaux sont alors de :

- coordonner les différents acteurs professionnels en post-hospitalier : infirmières libérales, Hospitalisation à Domicile, médecin traitant, CCAS, ADMR...
- mettre en place un suivi des données entre les différents intervenants : prémices du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC)
- évaluer chaque situation des patients, en vue d'optimiser la qualité de vie (visites à domicile par exemple)

1.5.3.2.2. Prise en charge des patients

En effet, des actions sont mises en place par les réseaux, afin d'agir directement avec le quotidien des patients (notion de proximité du soin) :

- participation aux soins de support avec l'intervention inter-disciplinaires d'une socio-esthéticienne, psychologue, assistante sociale...
- information des patients
- éducation thérapeutique

1.5.3.2.3. Amélioration des pratiques professionnelles

Les réseaux territoriaux organisent des réunions d'échanges et d'information sur les pratiques, afin de développer des réflexions de pratiques communes. Ils proposent des formations pour les professionnels concernés par l'oncologie et participent aussi à l'évaluation des pratiques mises en place.

Ainsi, ils diffusent aux professionnels des outils tels que des référentiels et recommandations de bonnes pratiques, des protocoles, des ordonnances-type, ou des listes de contacts pertinents.

Les réseaux territoriaux sont aussi un soutien aux établissements pour l'intégration des différentes mesures des Plans Cancer et l'application des Circulaires. Ils favorisent alors la mutualisation des moyens et des ressources pour s'adapter à toutes ces exigences : notamment pour les réunions de concertation pluridisciplinaire, les 3C, le dispositif d'annonce, les soins de support, l'évaluation de la qualité des soins.

Tous les réseaux territoriaux ne réalisent pas les mêmes objectifs. Car ils s'adaptent au territoire dans lequel ils s'inscrivent et sont des lieux d'innovation où des essais sont menés en fonction des besoins des patients et des intervenants. Enfin, ils sont également des espaces d'information et de ressources que ce soit pour les patients, leur entourage, ou leurs soutiens (professionnels ou non).

1.5.3.3. Les réseaux régionaux

Ils ont été créés à la suite du Plan Cancer 2003-2007 et orientés successivement par les directives des Circulaires DHOS de 2005 et de 2007 ^[3, 37, 80].

Le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) doit alors jouer le rôle de coordination de l'ensemble des opérateurs régionaux de la Cancérologie. Il a pour but d'harmoniser continuellement la qualité des pratiques, de favoriser le partage des expériences et la communication des données du patient. Pour cela, cinq missions principales sont mises en œuvre ^[83] :

- la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie
- la promotion d'outils de communication communs au sein de la région
- l'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches
- l'aide à la formation continue des professionnels de santé
- le recueil de données et l'évaluation des pratiques en cancérologie

Les réseaux sont donc à la fois un promoteur de liens entre les intervenants et les structures, mais ils sont aussi des structures à part entière, organisées, et décisionnelles ^[72].

1.5.3.3.1. Promotion et amélioration de la qualité

L'utilisation de recommandations de bonnes pratiques est le fondement de la qualité des décisions thérapeutiques en cancérologie. Les RRC sont ainsi chargés de l'élaboration et de la validation des référentiels régionaux à partir des recommandations nationales (ces recommandations sont alors appliquées stricto sensu ou redéfinies pour les rendre plus opérationnelles au niveau régional). Ces référentiels doivent être également régulièrement actualisés tous les deux ans. Les RRC prennent aussi en charge leur diffusion à leurs membres et partenaires. Le contenu de ces référentiels doit également pouvoir être diffusé aux patients qui en font la demande.

Les RRC appliquent donc les recommandations nationales, mais ils sont aussi à l'origine de l'élaboration de ces travaux. Le Ministère préconisait en 2007 l'identification de correspondants qui permettront cette élaboration nationale soit par la transmission de besoins identifiés par les professionnels du réseau, soit par la participation aux relectures nationales de recommandations de bonnes pratiques (coordonnées par l'INCa).

En outre, le RRC a pour mission de définir la composition pluridisciplinaire attendue dans chaque RCP, ainsi que les cas qui relèvent de « standards » (simplement présentés) et ceux qui nécessitent une véritable discussion de RCP.

Enfin, le Réseau Régional de Cancérologie évalue par des audits l'utilisation de ces référentiels et recueille l'avis des professionnels afin de les améliorer.

1.5.3.3.2. Promotion d'outils de communication

Afin d'optimiser la coordination des soins et la continuité de la prise en charge des patients, le partage des informations médicales entre les professionnels reste un élément indispensable.

Ainsi, les RRC définissent les actions à mettre en œuvre pour développer la diffusion et l'utilisation des outils communs de communication. Notamment, grâce au Dossier Communicant de Cancérologie (DCC), au site internet du réseau, à la visioconférence (notamment pour faciliter les RCP).

1.5.3.3.3. Information des différents acteurs

L'accès à l'information est crucial dans la lutte contre le cancer et particulièrement dans la réduction des inégalités sociales face à la maladie. En facilitant l'accès à l'information, le RRC tente de rééquilibrer les relations entre les médecins et leurs patients.

Le RRC élabore donc un document d'information (sur ses objectifs, ses membres et ses missions) qui est remis aux usagers. La diffusion de ces informations est aussi proposée via le site internet du réseau. Pour les patients et leurs proches, le RRC communique aussi sur les lieux dédiés à l'information sur les cancers : Espaces de Rencontre et d'Information (ERI), Kiosques Accueil et Information Cancer, ... De plus, il facilite l'accès aux documents nationaux de l'INCa, de la Ligue contre le Cancer, de la FNCLCC, ...

Pour les professionnels concernés, le Réseau Régional est un outil d'information sur l'organisation de l'offre de soins en cancérologie. Sont alors mis à disposition une cartographie des établissements autorisés et associés, un annuaire et une cartographie des RCP, un répertoire des compétences en soins de support, les protocoles de recherche clinique mis en œuvre dans la région et leurs modalités d'organisation.

1.5.3.3.4. Aide à la formation continue

Dans ce domaine, le RRC participe à l'amélioration et à la réactualisation des connaissances, notamment en s'aidant des référentiels régionaux cités plus haut. Ce dispositif est piloté par les Conseils Régionaux de la Formation Médicale Continue (CRFMC). Le RRC peut ainsi faire connaître dans la région les organismes de formation agréés et leurs programmes, mais il peut aussi contribuer lui-même à la mise en place de formations ^[83].

Ensuite, le Réseau Régional peut aussi promouvoir les programmes d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur le plan régional.

Il peut organiser par ailleurs des rencontres régionales pluridisciplinaires, réunissant ainsi tous les acteurs de soins impliqués autour d'un même thème de la cancérologie.

1.5.3.3.5. Recueil de données et évaluation des pratiques

Concernant cette cinquième mission des RRC, les objectifs ministériels de 2007 mettent l'accent sur le recensement, la centralisation et l'actualisation des données en matière de cancérologie dans chaque région. Des collaborations sont alors encouragées avec les registres du cancer, les observatoires régionaux, les laboratoires de Santé Publique et les structures de dépistage. Ces données, issues essentiellement du DCC et des 3C, permettront de déboucher sur un tableau de bord régional ^[37].

De plus, les RRC analysent l'impact des actions menées notamment dans l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie. Ils établissent ensuite les objectifs des évaluations à mener, leurs méthodes et le calendrier.

1.5.3.4. L'articulation des 3C avec les réseaux

Cette dynamique entre le RRC et les Centres de Coordination en Cancérologie (3C) se réalise tout d'abord à travers un rôle d'animation des 3C par le Réseau Régional. Notamment dans le domaine de l'évaluation par le biais d'audits qualité, par exemple sur l'organisation des RCP ou sur l'utilisation des référentiels. Le RRC tente alors de favoriser la communication entre les différents 3C de chaque région.

D'ailleurs, les missions des 3C ne peuvent être menées qu'en partenariat et en cohérence avec le RRC (qui possède la vision globale et transversale de la réalisation de ces missions).

Dans un deuxième temps, l'articulation entre RRC et 3C se fait par un travail de collaboration et d'échange, essentiellement pour la diffusion et l'utilisation des référentiels régionaux, pour l'information des professionnels et de leurs patients, pour l'échange des données via le DCC. Les 3C devenant ainsi les interlocuteurs privilégiés des RRC.

1.5.3.5. Les 3C

1.5.3.5.1. Création et organisation ^[3, 37, 79]

Les Centres de Coordination en Cancérologie sont initiés par le Plan Cancer 2003-2007. Puis, la Circulaire du 22 février 2005 et le SROS III (2006-2011) viendront renforcer cette initiative.

Dans la même dynamique, l'Association des Coordonnateurs des Réseaux de Cancérologie (ACORESCA) a édité des outils ainsi que des pistes réflexives pour la mise en place et le fonctionnement des 3C.

Les 3C sont des structures transversales (concernant donc l'ensemble des ressources utilisées en Cancérologie) et des organisations médicales validées par la CME de l'établissement de santé. En général, chaque 3C se compose d'une structure de pilotage composée des oncologues, des soignants, des spécialistes des soins de support et des représentants administratifs de l'établissement de santé. Une synergie avec l'ARS et le RRC est indispensable au bon fonctionnement des 3C. En outre, des moyens propres sont mis à leur disposition, en personnel et en locaux, financés par les organismes de tutelle ^[84].

Dans la région Poitou-Charentes, il a été privilégié une organisation multi-sites regroupant donc les territoires des anciennes Unités de Concertation Pluridisciplinaires en Oncologie UCPO (un 3C en Charente, un 3C dans les Deux-Sèvres, un 3C dans la Vienne, et deux 3C avec les territoires des Charente-Maritime Nord et Sud-Est).

Concernant l'organisation interne dans notre région, elle est laissée libre pour chaque 3C : soit via la structure de pilotage décrite plus haut, soit via un comité médical à la tête du 3C qui pilote les RCP, les PPS, et le comité qualité chargé de l'évaluation.

1.5.3.5.2. Les missions des 3C

Le cadre des missions des 3C est instauré dès 2005 ^[37]. Ils doivent ainsi s'assurer de :

- la mise à disposition pour les médecins des référentiels, thésaurus et protocoles validés et actualisés par le RRC
- la mise en place de l'audit interne de l'utilisation des référentiels par les médecins
- la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en organisant les RCP
- la mise en place des procédures organisationnelles pour l'utilisation du DCC
- la mise en place du dispositif d'annonce
- la mise à disposition des soins de support pour tous les patients
- la remise à chaque patient du PPS
- l'information des patients sur leur dossier médical
- l'élaboration d'un rapport d'activité annuel présenté à la CME et remis au RRC

1.5.3.5.3. Le tableau de bord

Ce tableau de bord est diffusé en octobre 2010 par l'INCa ^[85]. Il définit les missions sur lesquelles les 3C seront évaluées : la pluridisciplinarité, la communication des informations et l'évaluation qualité des activités cancérologiques.

Concernant la pluridisciplinarité, les 3C sont donc évalués sur la modalité d'organisation des RCP, sur la bonne diffusion des référentiels régionaux et sur l'activité des RCP. Le dispositif d'annonce est lui aussi évalué (formation des médecins sur le sujet, organisation formalisée, environnement spécifique identifié), tout comme l'organisation du PPS et l'accès aux soins de support (existence d'annuaire des compétences, de plaquettes d'information remises aux patients, de référentiels de la douleur au sein de l'établissement).

Puis, au sujet de la communication des informations, le tableau de bord s'assure du bon partage des données. Notamment en ce qui concerne la transmission des comptes-rendus de la RCP ou le PPS au médecin traitant, ainsi que la présence de la fiche de RCP informatisée dans le dossier de chaque patient.

Enfin, les 3C réalisent des audits qualité initiés par le RRC, les instances nationales ou lui-même. Que ce soit par exemple sur l'accès aux essais cliniques ou sur les activités cancérologiques des établissements de santé.

1.5.4. L'offre de Soins en Poitou-Charentes

La prise en charge du cancer est rapidement devenue liée à la convergence de multiples compétences. Des compétences à la fois humaines et structurelles. Au sein des vingt-quatre professions de santé identifiées par l'Observatoire National Des Professionnels de Santé (ONDPS) en 2011 ^[23], certaines sont médicales et d'autres pas. L'INCa a classé en 2007 en plusieurs catégories les différents professionnels de la cancérologie :

- les professionnels qui consacrent la totalité de leur activité à la cancérologie (oncologie médicale, oncologie radiothérapie, onco-hématologie)
- les professionnels qui participent au diagnostic du cancer (radiodiagnostic/imagerie, médecine nucléaire, anatomo-cyto-pathologie)
- les médecins et spécialistes d'organe : 7 spécialités médicales (et 4 spécialités chirurgicales)
- les autres professionnels de santé : addictologues, biologistes médicaux, conseillers en génétique, diététiciens, infirmiers, manipulateurs électroradiologie, pharmaciens, psychologues, psycho-oncologues et radiophysiciens

En 2010, l'Observatoire Régional de la Santé (Poitou-Charentes) a recensé 27 établissements ayant obtenu l'autorisation de prendre en charge le traitement des pathologies cancéreuses. Or, tous n'ont pas l'autorisation pour l'ensemble des traitements possibles. En effet, seuls 5 établissements peuvent réaliser des radiothérapies ^[10] : le CHU de Poitiers, le CH de la Rochelle, le CH d'Angoulême, le CH de Saintes ainsi que le CH de Niort. En outre, la grande majorité des 27 établissements réalisent les chirurgies du cancer, et près de 40% (10 établissements) sont agréés pour le traitement par chimiothérapie (voir l'ANNEXE 5).

La région Poitou-Charentes présente encore certaines disparités de l'offre de soins, avec un CHU excentré, une concentration essentiellement urbaine des moyens et des zones rurales sous-représentées. Ce constat doit cependant être pris avec un certain recul, car même si la délégation de certains traitements peut se poursuivre en médecine libérale (notamment les chimiothérapies à domicile) ^[78], il est logique et évident que la complexité de la plupart des plateaux techniques ne peut être piloté que par des structures performantes (et donc attachées aux établissements autorisés déjà existants, en l'occurrence en zone urbaine).

D'après l'étude menée par le Registre des cancers Poitou-Charentes en 2009 ^[86], notre région possède une certaine attractivité avec 6% des patients traités qui résident hors-région (dont près de la moitié étant pris en charge au CHU de Poitiers). A contrario, nous observons aussi une fuite extra-régionale avec 16% des patients de notre région qui décident d'être opérés hors-région (la majorité en Gironde : entre le CHU de Bordeaux et l'Institut Bergonié).

Concernant l'Hospitalisation à Domicile, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) indique en 2010 que la capacité de lits en région Poitou-Charentes est légèrement supérieure à la moyenne nationale ^[87], avec 286 lits recensés (82 en Charente-Maritime, 80 pour la Vienne, 69 en Charente et 55 en Deux-Sèvres). Cette activité est assurée à la fois par le secteur public et le secteur privé. Dans la région, l'hospitalisation à domicile est assurée pour près de 42 % par le secteur public.

Enfin, en ce qui concerne l'offre de soins en Soins Palliatifs dans notre région, l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) recensait, en 2010, 112 lits identifiés (augmentation progressive et constante d'environ 5% chaque année selon la SFAP).

MATERIEL ET METHODE

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Cette partie de notre travail est constituée d'un questionnaire dont l'objectif principal est de mettre en lumière les difficultés rencontrées par le MG lorsqu'il prend en charge ses patients atteints de cancer. Les objectifs secondaires sont d'analyser le rôle que le MG ressent jouer au sein de la prise en charge oncologique et quelles sont les pistes possibles pour améliorer ce rôle.

2.2. SCHEMA DE L'ETUDE

Nous avons ainsi mené une étude descriptive transversale par questionnaire, adressé par courrier électronique, auprès d'un échantillon de MG des 4 départements de la région Poitou-Charentes (voir les ANNEXES 2 et 3).

2.3. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

C'est au fil des stages marquants de mon internat de Médecine Générale (stages chez le praticien et stage d'Oncologie Médicale) que mon intérêt pour ce travail de thèse est né. Je souhaitais décortiquer la pratique en cancérologie des MG qui étaient en lien (géographique et/ou professionnel) avec le PRC de Poitiers.

Il s'agissait de savoir quelles difficultés les MG rencontraient-ils lors de la prise en charge des patients cancéreux, quelles étaient leurs relations avec les différents intervenants et quels types d'aides pouvait-on leur apporter.

Le questionnaire a été élaboré conjointement par le Dr BAHUET (Praticien Hospitalier dans le Service d'Oncologie Médicale de Poitiers) et par moi-même. Il a été étoffé de questions inspirées de la littérature scientifique [16, 56, 67, 88, 89, 90, 91, 92, 93]. Puis, il a été remanié grâce aux propositions subtiles du Dr TRANCHE-VERGE (médecin généraliste exerçant dans le département de la Vienne et également enseignante dans la formation des étudiants en Médecine Générale). Dans un dernier temps, il a bénéficié des remarques de quatre médecins généralistes du Sud Vienne lors d'une « phase test » (réalisée du 15/10/2012 au 25/10/2012). Ainsi, ce questionnaire réunit 28 items principaux, autour de questions à choix binaires ou multiples, ouvertes ou fermées.

2.4. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

2.4.1. Soutien logistique

La liste des MG concernés par notre travail est née de la fusion d'une liste de MG mise à disposition par l'URPS Poitou-Charentes, d'une liste de FMC des Deux-Sèvres et d'une liste de FMC de la Vienne.

2.4.2. Critères d'inclusion

A partir de cette liste, les médecins retenus étaient les praticiens vérifiant au moins un des critères suivants :

- médecin généraliste exerçant dans l'un des quatre départements de la région Poitou-Charentes ;
- médecin généraliste ayant une activité libérale exclusive ;
- médecin généraliste ayant une activité libérale prédominante si une activité en structure (CH ou clinique) était existante ;
- médecin généraliste dont l'adresse de courriel était valide et active.

2.4.3. Critères d'exclusion

Afin de ne conserver que des médecins pertinents vis-à-vis de l'étude, les catégories suivantes n'ont pas été considérées :

- médecin retraité et n'exerçant plus la médecine générale ;
- médecin dont le mode d'exercice particulier concernait très partiellement ou nullement la prise en charge de patients atteints de cancer (acupuncture, allergologie, sexologie, pédiatrie exclusive, nutrition, etc).

2.5. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Une fois la « phase test » favorable auprès des quatre médecins généralistes du Sud Vienne, un courrier électronique (voir l'ANNEXE 2) contenant un lien vers le questionnaire, a été adressé aux MG de l'échantillon.

L'envoi des questionnaires a été réalisé le 02/11/2012.

Aucune relance par courrier électronique ou autre procédé n'a été effectué auprès des MG n'ayant pas répondu.

Il n'a pas été demandé d'accusé de réception aux courriers électroniques envoyés aux MG.

La clôture du recueil de données a eu lieu le 17/12/2012, date à partir de laquelle aucune réponse n'a plus été reçue.

2.6. OUTILS D'ANALYSE

Les MG ont répondu au questionnaire via un logiciel mis en lien dans le courrier électronique. Ils répondaient aux items posés et me renvoyaient le questionnaire via une case finale à cocher en bas de page. Les données aboutissant ainsi dans ma réception de courrier électronique de manière anonymisée.

La saisie des données a été réalisée manuellement sous OpenOffice Calc.

L'analyse statistique a consisté en une description des variables réalisée via OpenOffice Calc.

L'élaboration des différents graphiques présentés dans ce travail a été réalisée sous OpenOffice Calc.

2.7. VARIABLES ETUDIEES

2.7.1. Variables démographiques

On les retrouvera au fil des questions 1 à 9 (mode d'exercice, nombre de patients concernés, âge, sexe, ...).

2.7.2. Plan Cancer et rôles du MG

Les questions 10 et 11 interrogent les médecins généralistes sur leur représentation vis-à-vis de la place qu'ils occupent auprès de leurs patients atteints de cancer. Ces deux questions sont l'expression du rôle des MG tel qu'il est vu par le Plan Cancer 2009-2013.

2.7.3. Variables d'intérêt principal : les difficultés rencontrées

L'étude centre son intérêt sur les obstacles au quotidien pour les MG, qu'ils soient inhérents à leur pratique, leur organisation ou leurs relations avec les autres professionnels concernés. Ainsi certains axes de travail tentent d'être objectivés de la question 12 à la question 19.

2.7.4. Qualité de la formation

Un état des lieux sur la formation des MG en Cancérologie est abordé de la question 20 à la question 25. Cet aspect dans la pratique quotidienne semble intéressant à analyser, tant dans le cursus universitaire que dans la formation courante des MG.

2.7.5. Quelle aide(s) possible(s)

L'ouverture de ce travail explore quelques pistes pour optimiser la prise en charge des patients cancéreux par les MG. Ainsi, dans les questions 26, 27 et 28, seront évoquées plusieurs options différentes.

RESULTATS

3. RESULTATS

3.1. TAUX DE REPONSE

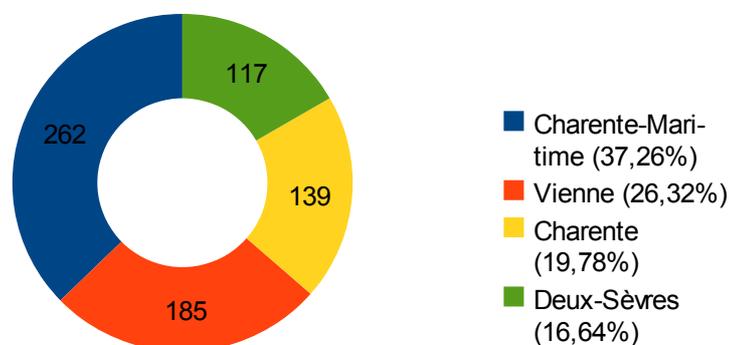
La liste initiale comprend 836 praticiens.

Après la prise en compte des critères d'inclusion et des critères d'exclusion précédemment cités, l'échantillon concerné par l'envoi du questionnaire est réduit à 703 médecins généralistes (détails : 78 courriels non valides, 9 médecins retraités n'exerçant plus, 46 modes d'exercice non concernés par l'étude).

Parmi ces 703 médecins questionnés, nous observons la répartition géographique suivante, par ordre décroissant : 262 de Charente-Maritime (soit 37,26%), 185 de la Vienne (soit 26,32%), 139 de Charente (soit 19,78%) et 117 des Deux-Sèvres (soit 16,64%).

Répartition géographique

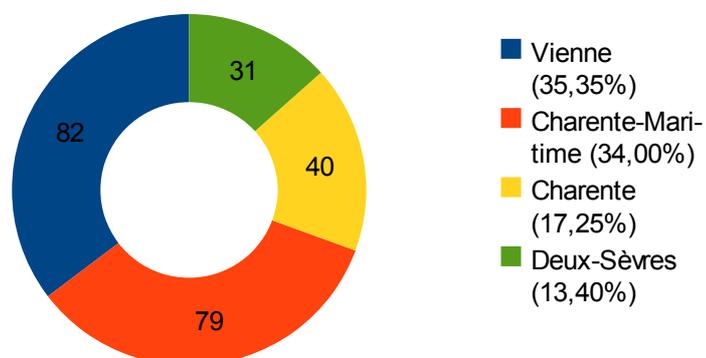
(des 703 médecins ayant reçu le questionnaire)



A l'issue de ce travail, le nombre de répondants au questionnaire est de 232. Le taux de réponse global en Poitou-Charentes est donc de 33%. Avec également une répartition inégale entre chaque département (cf question 2 du questionnaire), par ordre décroissant : 82 répondants dans la Vienne (soit 35,35%), 79 répondants en Charente-Maritime (soit 34,00%), 40 répondants en Charente (soit 17,25%) et 31 répondants en Deux-Sèvres (soit 13,40%).

Répartition géographique

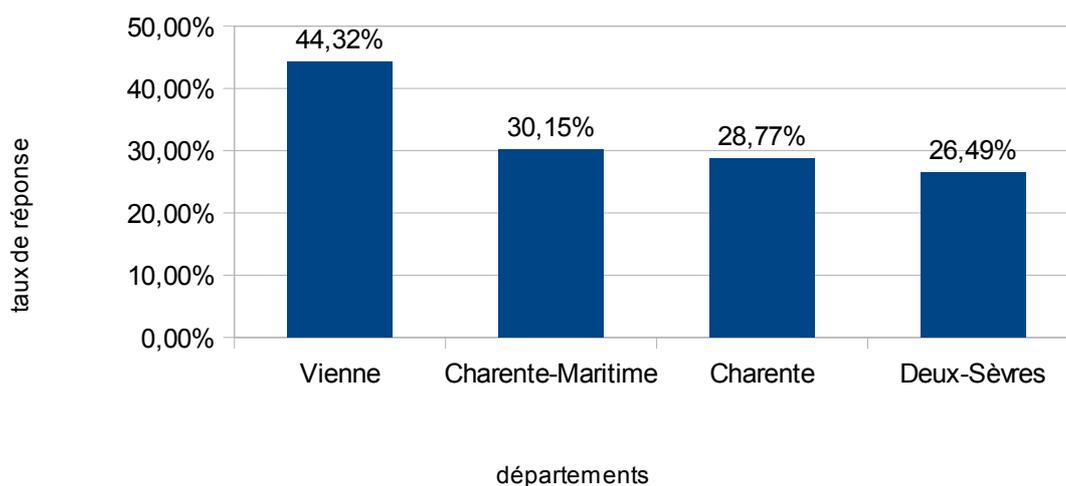
(des 232 médecins ayant répondu au questionnaire)



Nous pouvons ainsi observer les taux de réponse départementaux suivants, par ordre décroissant : 44,32% de répondants dans la Vienne, 30,15% de répondants en Charente-Maritime, 28,77% de répondants en Charente et 26,49% de répondants en Deux-Sèvres.

Taux de réponse

(par département)



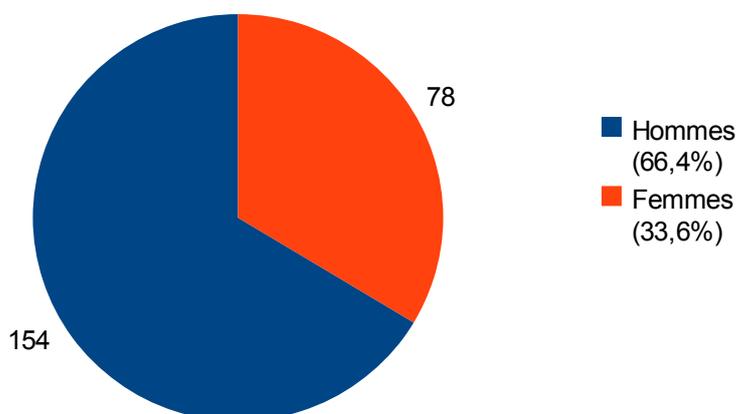
3.2. CARACTERISTIQUES DES REpondANTS

3.2.1. Sexe et Département (Questions 1 et 2)

Concernant les 232 médecins généralistes du Poitou-Charentes ayant répondu au questionnaire, nous observons 154 hommes (soit 66,4%) et 78 femmes (soit 33,6%). Le sexe ratio est donc de 1,97.

Répartition par sexe

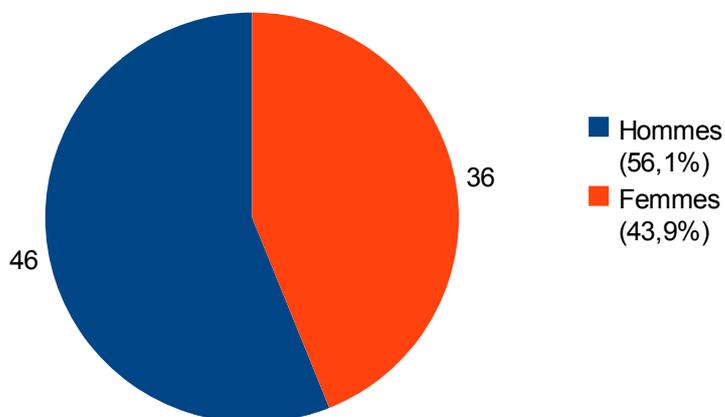
(en Poitou-Charentes, n=232)



Concernant les 82 médecins généralistes de la Vienne ayant répondu au questionnaire, nous observons 46 hommes (soit 56,1%) et 36 femmes (soit 43,9%). Le sexe ratio est donc de 1,27.

Répartition par sexe

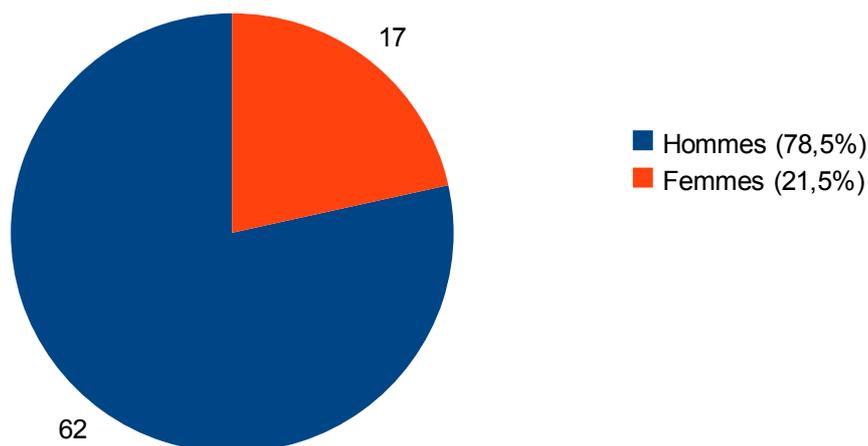
(en Vienne, n=82)



Pour ce qui est des 79 médecins généralistes de Charente-Maritime ayant répondu au questionnaire, nous observons 62 hommes (soit 78,5%) et 17 femmes (soit 21,5%). Le sexe ratio est donc de 3,64.

Répartition par sexe

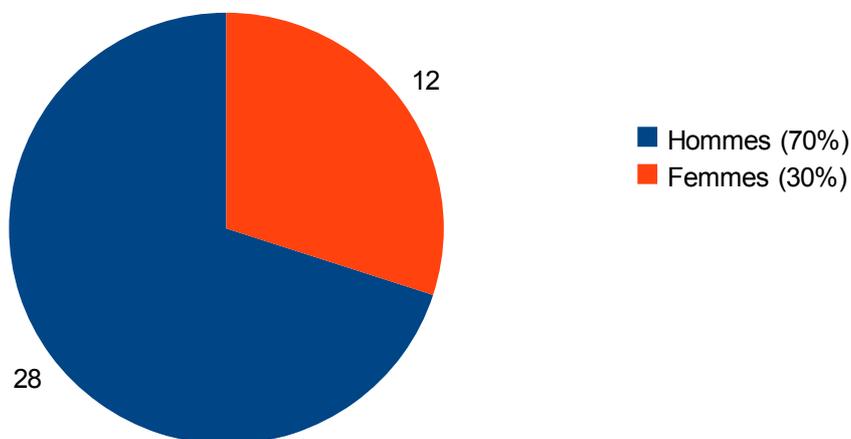
(en Charente-Maritime, n=79)



Puis, parmi les 40 médecins généralistes de Charente ayant répondu au questionnaire, nous observons 28 hommes (soit 70%) et 12 femmes (soit 30%). Le sexe ratio est donc de 2,33.

Répartition par sexe

(en Charente, n=40)



En outre, concernant les 31 médecins généralistes des Deux-Sèvres ayant répondu au questionnaire, nous observons 18 hommes (soit 58%) et 13 femmes (soit 42%). Le sexe ratio est donc de 1,38.

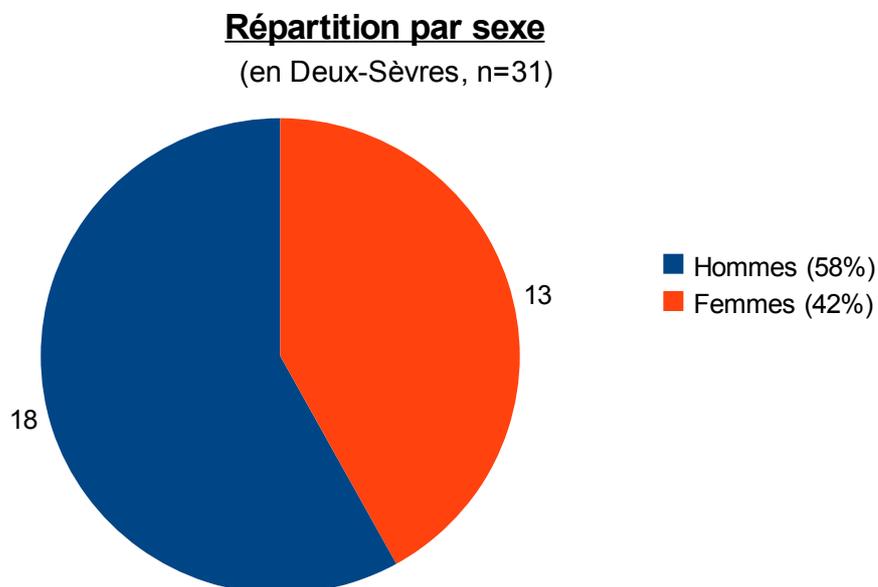


Tableau récapitulatif : sexe et département des répondants

Sexe / Département	16	17	79	86	TOTAL
Hommes	28	62	18	46	154
Femmes	12	17	13	36	78
TOTAL	40	79	31	82	232

3.2.2. Année de thèse (Question 3)

Nous recueillons 226 données pour cette question, soit un taux de réponse de 97,41%.

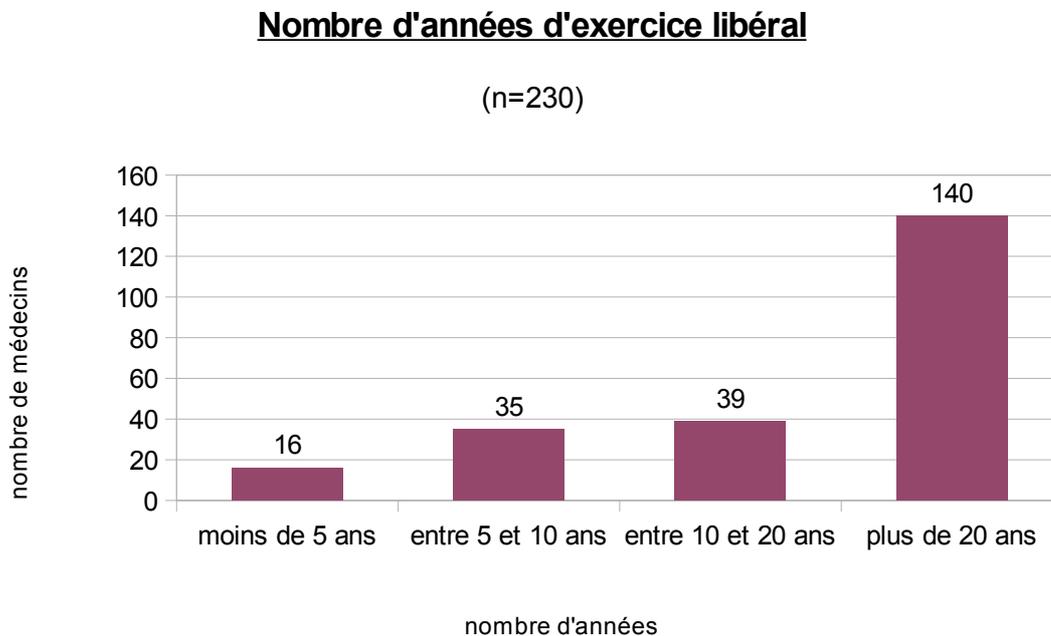
Le détail des années de thèse de chacun des 226 médecins répondants est répertorié dans le tableau suivant :

	Hommes	Femmes
2012	1	1
2011	1	0
2010	1	0
2009	0	0
2008	0	2
2007	0	4
2006	4	0
2005	4	1
2004	2	2
2003	3	5
2002	2	3
2001	2	4
2000	0	5
1999	4	1
1998	2	2
1997	2	0
1996	1	0
1995	6	1
1994	4	3
1993	3	1
1992	2	4
1991	2	1
1990	6	7
1989	2	1
1988	4	4
1987	5	2
1986	4	3
1985	6	4
1984	8	4
1983	8	0
1982	9	1
1981	6	3
1980	6	0
1979	12	5
1978	6	2
1977	5	1
1976	2	0
1975	8	0
1974	1	0
1973	3	0
1972	0	0
1971	1	0
1970	0	0
1969	1	0

3.2.3. Nombre d'années d'installation (Question 4)

Cet item du questionnaire a reçu 230 réponses sur 232, soit un taux de participation pour cet item de 99,13%.

Parmi les 230 médecins ayant répondu à la Question 4, nous observons une majorité qui exerce depuis plus de 20 ans en libéral (n=140, soit 60,86%). Puis, par ordre décroissant : 39 ayant entre 10 et 20 ans d'activité, 35 ayant entre 5 et 10 ans d'activité, et 16 exerçant depuis moins de 5 ans.

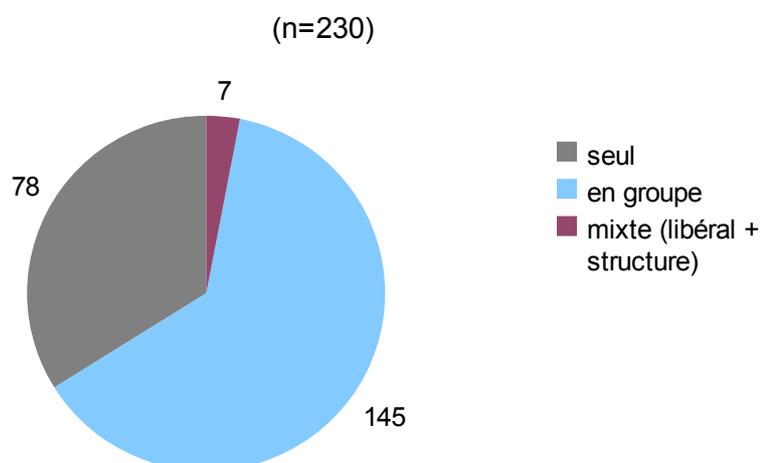


3.2.4. Mode d'exercice et lieu d'exercice (Questions 5, 6 et 7)

Ces 3 items du questionnaire ont reçu 230 réponses sur 232, soit un taux de participation pour ces items de 99,13%.

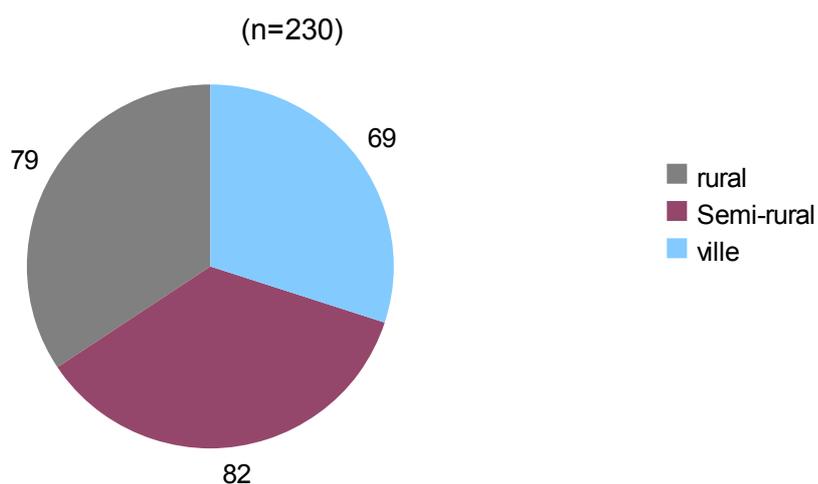
Sur les 230 médecins participant à la Question 5 au sujet de leur mode d'exercice, la majorité d'entre eux travaille en cabinet de groupe (n=145, soit 63,04%). Ensuite, 78 travaillent seuls, et 7 ont une activité mixte (associant une activité libérale et une activité en structure publique ou privée).

Mode d'exercice



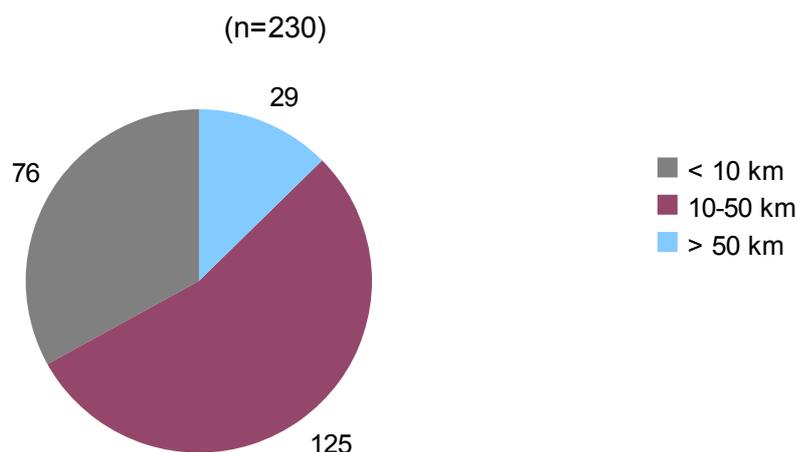
Parmi les 230 médecins ayant répondu à la Question 6 au sujet de leur lieu d'exercice, nous observons la répartition suivante, par ordre décroissant : 82 médecins exercent en semi-rural (soit 35,65%) , 79 (soit 34,35%) en rural et 69 en ville (soit 30%).

Lieu d'exercice



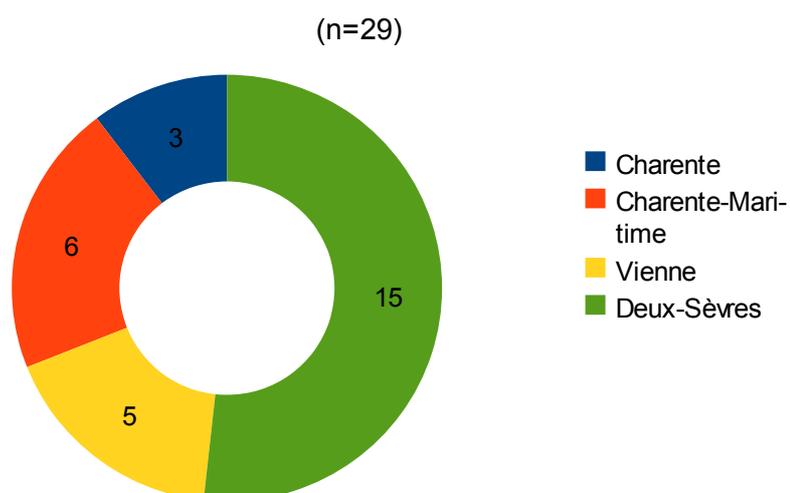
La question 7 concerne la distance entre le cabinet médical et la structure cancérologique la plus proche. Sur les 230 médecins ayant répondu à cette question, la majorité est située entre 10 et 50 km de la structure (n=125, soit 54,35%). Puis, 76 médecins sont situés à moins de 10 km (soit 33,04%) et 29 médecins sont situés à plus de 50 km (soit 12,61%).

Distance entre le cabinet médical et la structure cancérologique



De plus, si nous croisons les données de cette Question 7 avec les répartitions géographiques de la Question 2, nous pouvons affiner le profil des médecins situés les plus loin d'une structure cancérologique (> 50 km). Ainsi, la majorité d'entre eux exerce dans les Deux-Sèvres (n=15, soit 51,72%). Puis, par ordre décroissant : 6 exercent en Charente-Maritime, 5 dans la Vienne, et 3 en Charente.

Répartition géographique des médecins loin d'une structure

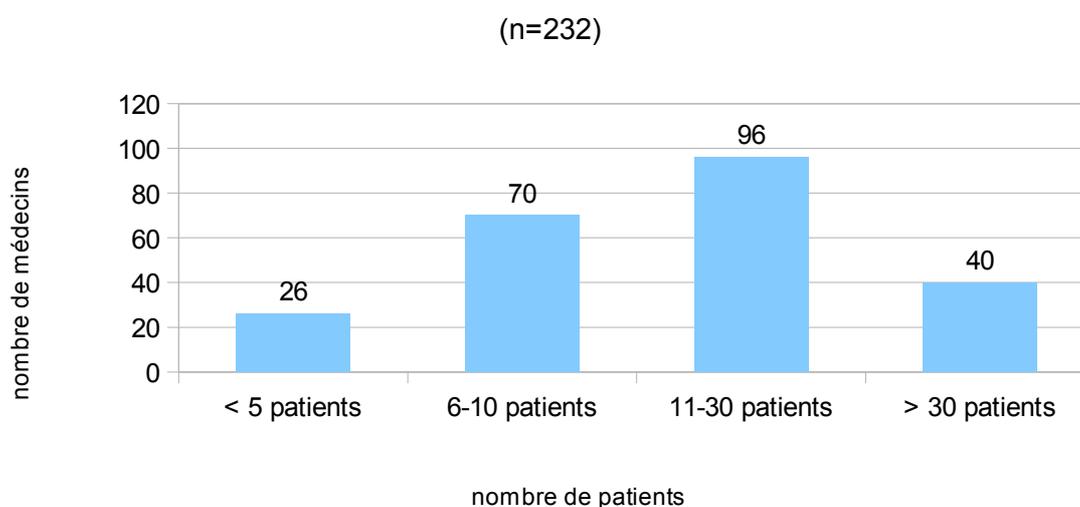


3.3. ACTIVITE DES REpondANTS (Questions 8 et 9)

La Question 8 concerne le nombre de patients atteints de cancer suivis par médecin généraliste. Cette question a un taux de réponse de 100%. Ainsi, nous objectivons :

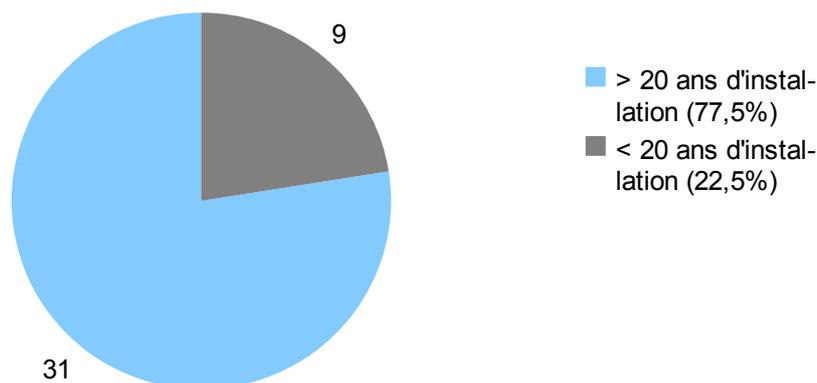
- 26 médecins ayant moins de 5 patients atteints de cancer (soit 11,21%)
- 70 médecins ayant entre 6 et 10 patients atteints de cancer (soit 30,17%)
- 96 médecins ayant entre 11 et 30 patients atteints de cancer (soit 41,38%)
- 40 médecins ayant plus de 30 patients atteints de cancer (soit 17,24%)

Activité cancérologique des médecins



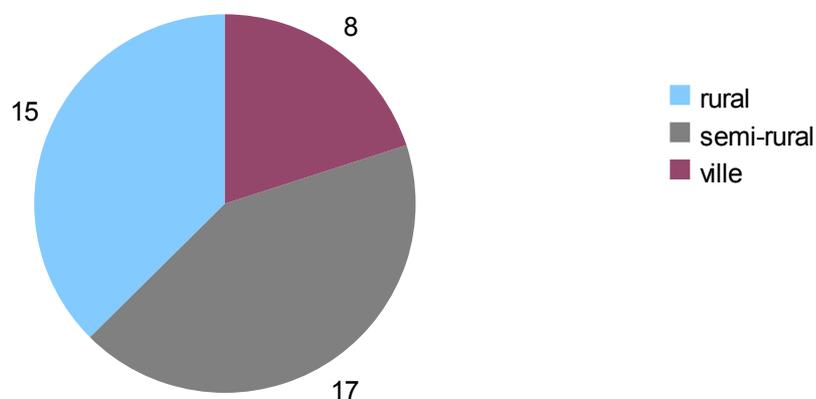
En outre, si nous croisons les données précédentes avec celles de la Question 4 au sujet de l'ancienneté d'installation, nous pouvons affiner le profil des médecins ayant plus de 30 patients atteints de cancer. Nous observons alors, que parmi les 40 médecins concernés, la grande majorité est installée en libéral depuis plus de 20 ans (n=31, soit 77,5%).

Répartition des médecins ayant plus de 30 patients (n=40)
en fonction de leur ancienneté d'installation



Nous pouvons aussi affiner ce profil, en incluant les données de la Question 6 au sujet du lieu d'exercice des médecins interrogés. Ainsi, nous trouvons parmi les 40 médecins suivant plus de 30 patients cancéreux, par ordre décroissant : 17 exercent en milieu semi-rural (soit 42,5%), 15 exercent en milieu rural (soit 37,5%), et 8 exercent en ville (soit 20%).

Répartition des médecins ayant plus de 30 patients (n=40)
en fonction de leur lieu d'exercice

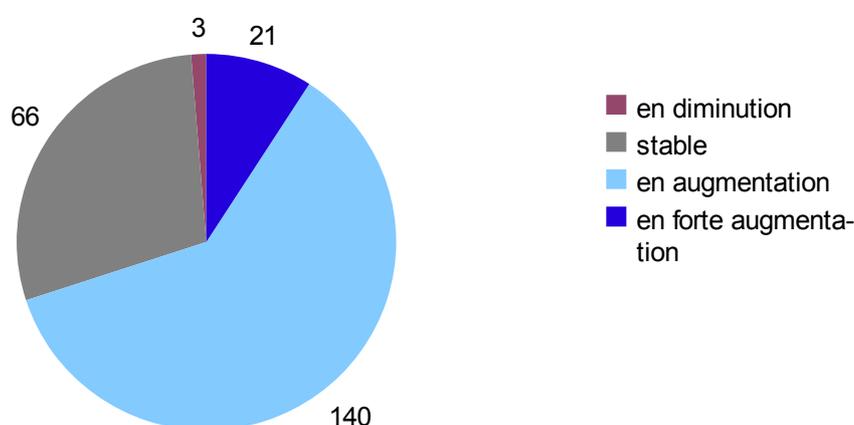


Concernant la Question 9, au sujet de l'évaluation de l'activité cancérologique, 230 médecins ont répondu. Soit un taux de participation de 99,13%.

Parmi ces 230 médecins généralistes, la majorité d'entre eux estime que leur activité cancérologique depuis le début de leur installation est en augmentation (n=140, soit 60,86%). Puis, par ordre décroissant : 66 jugent leur activité stable, 21 médecins estiment que leur activité est en forte augmentation, et enfin seulement 3 affirment que leur activité est en diminution progressive au fil des années.

Evolution de l'activité cancérologique

depuis le début de l'installation libérale (n=230)



Ainsi, 70% des médecins généralistes estiment que leur activité est en hausse depuis le début de leur installation (n= 161).

3.4. ROLES DU MEDECIN GENERALISTE (Questions 10 et 11)

Concernant la Question 10, nous retrouvons un taux de réponse différent selon les 6 mesures du Plan Cancer 2009-2013 concernées.

Au sujet des mesures M 10.2 « renforcer l'aide au sevrage tabagique », M 11.6 « renforcer l'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool » et M 13.1 « améliorer le taux de couverture vaccinal contre le HPV » : 231 réponses sur 232, soit un taux de réponse de 99,56%.

Au sujet de la mesure M 16 « impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage » : 230 réponses sur 232 (taux de réponse : 99,13%).

Au sujet des mesures M 17 « assurer une veille scientifique pour la détection précoce des cancers » et M 18 « personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant » : 229 réponses sur 232 (taux de réponse : 98,70%).

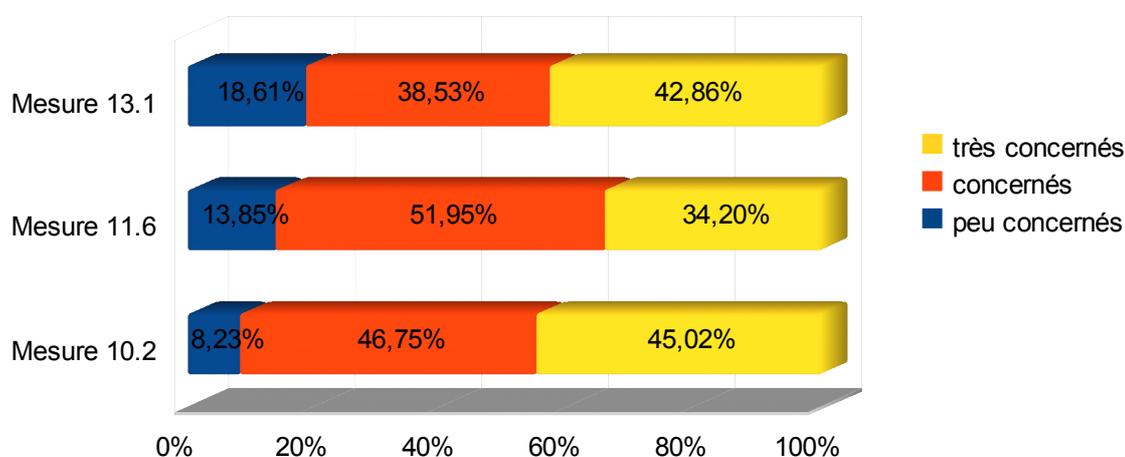
Concernant la mesure M 10.2, nous pouvons observer que la très grande majorité des 231 répondants, s'estime impliquée (91,77% d'entre eux) : soit concernés (n=108, soit 46,75%) ou soit très concernés (n=104, soit 45,02%). Seulement 19 des répondants s'estiment peu concernés par cette mesure, soit 8,23%.

De même, pour la mesure M 11.6, 86,15% des 231 répondants se disent impliqués : soit concernés (n=120, soit 51,95%) ou soit très concernés (n=79, soit 34,20%). Quant à ceux qui se disent peu concernés par cette mesure, ils sont 32 (soit 13,85%).

Ensuite, pour la mesure M 13.1, nous observons que 81,39% des 231 répondants s'estiment impliqués : soit concernés (n=89, soit 38,53%) ou soit très concernés (n=99, soit 42,86%). On observe une nouvelle fois une minorité de répondants qui estime être peu concernée par cette mesure : 43 (soit 18,61%).

Rôle du médecin généraliste

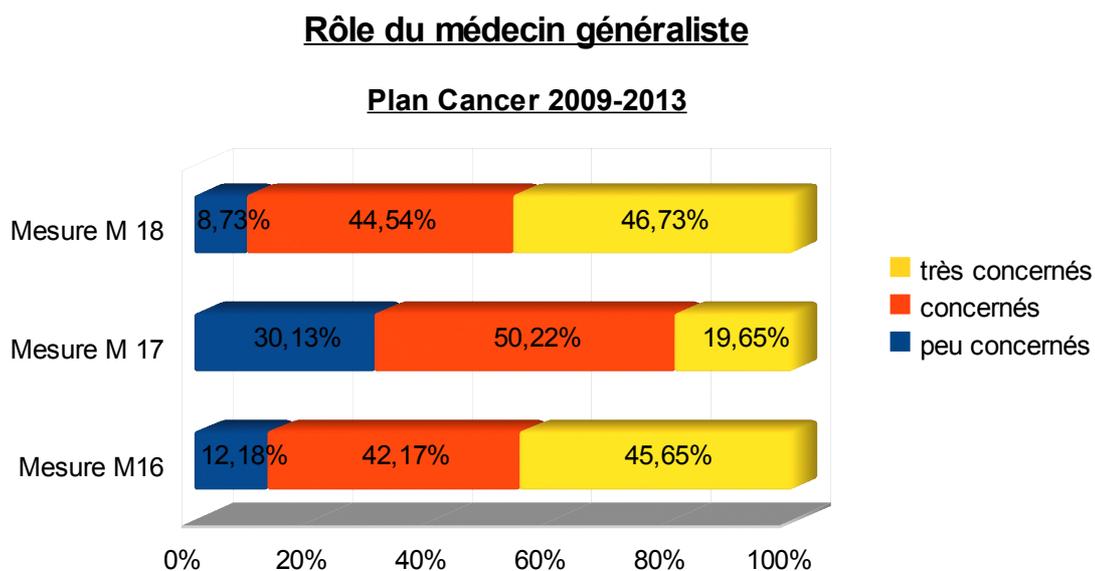
Plan cancer 2009-2013 (n=231)



En outre, concernant la mesure M 16 du Plan Cancer 2009-2013, nous pouvons voir, parmi les 230 réponses obtenues, les données suivantes par ordre décroissant : 107 médecins estimant être très concernés par la mesure M 16 (soit 45,65%), 97 estimant être concernés (soit 42,17%) et 28 estimant être peu concernés (soit 12,18%).

Quant à la mesure M 17, on dénombre parmi les 229 médecins généralistes ayant répondu, par ordre décroissant : 115 estimant être concernés (soit 50,22%), 69 estimant être peu concernés (soit 30,13%) et 45 estimant être très concernés (soit 19,65%).

Enfin, pour ce qui est de la dernière mesure évoquée, à savoir la mesure M 18 du Plan Cancer 2009-2013, nous recueillons les données suivantes parmi les 229 répondants : 20 médecins se sentant peu concernés par la mesure (soit 8,73%), 102 médecins se sentant concernés (soit 44,54%) et 107 médecins se sentant très concernés (soit 46,73%).



Le tableau ci-dessous récapitule les données obtenues pour la Question 10 :

	peu concernés (n)	PI	concernés (n)	PI	très concernés (n)	PI	PT
Mesure M 10.2 (n=231)	19	8,23 %	108	46,75 %	104	45,02 %	100,00 %
Mesure M 11.6 (n=231)	32	13,85 %	120	51,95 %	79	34,20 %	100,00 %
Mesure M 13.1 (n=231)	43	18,61 %	89	38,53 %	99	42,86 %	100,00 %
Mesure M 16 (n=230)	28	12,18 %	97	42,17 %	105	45,65 %	100,00 %
Mesure M 17 (n=229)	69	30,13 %	115	50,22 %	45	19,65 %	100,00 %
Mesure M 18 (n=229)	20	8,73 %	102	44,54 %	107	46,73 %	100,00 %

PI : Pourcentage Intermédiaire

PT : Pourcentage Total

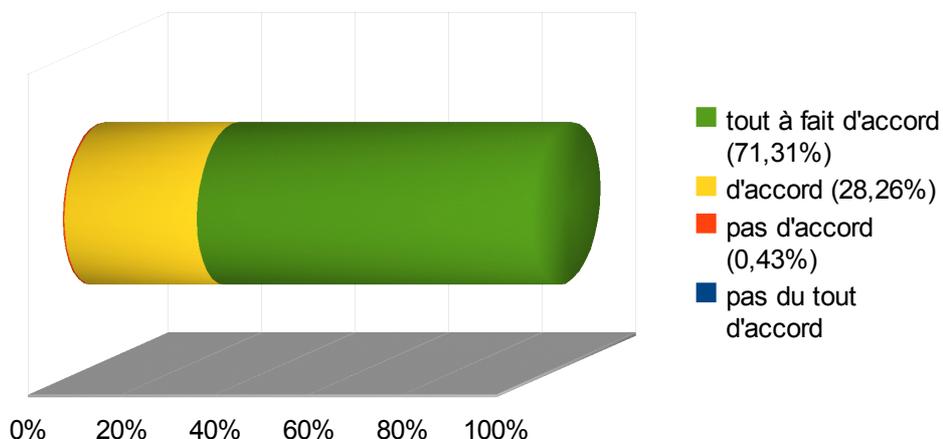
A présent, penchons nous sur les résultats de la Question 11, au sujet des rôles que pensent jouer les médecins généralistes auprès de leurs patients atteints de cancer. Cette question est scindée en plusieurs items, dont les taux de réponse varient peu :

- item « prévention et dépistage », item « orientation vers structure/oncologie », item « suivi au long cours » et item « accompagnement en période terminale » : 230 réponses sur 232 (taux de réponse de 99,13%)
- item « diagnostic précoce », item « annonce diagnostique », et item « coordination » : 231 réponses sur 232 (taux de réponse de 99,56%)

Concernant l'item « prévention et dépistage », la majorité des 230 médecins ayant répondu est tout à fait d'accord : 164 réponses (soit 71,31%). Les autres réponses sont, par ordre décroissant : 65 d'accord (soit 28,26%), 1 pas d'accord (soit 0,43%), 0 qui ne soit pas du tout d'accord (soit 0,00%).

Rôle du MG

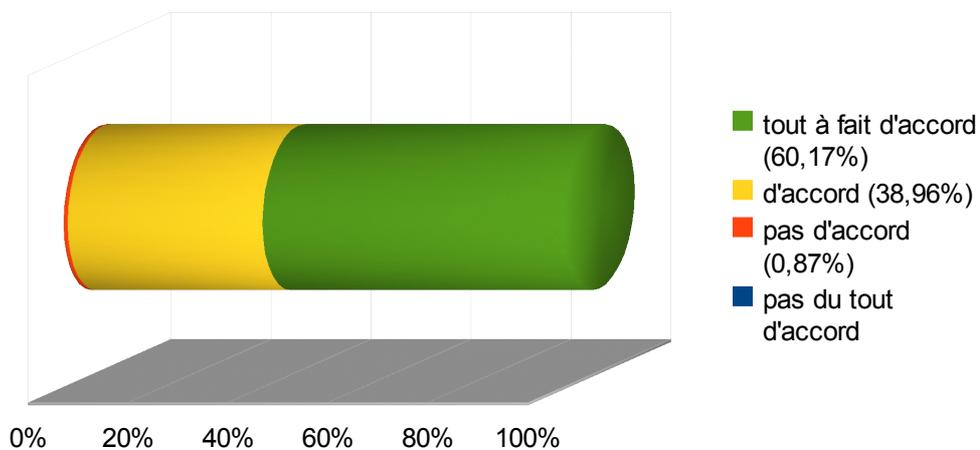
(prévention et dépistage, n=230)



Concernant l'item « diagnostic précoce », la majorité des 231 médecins ayant répondu est tout à fait d'accord : 139 réponses (soit 60,17%). Les autres réponses sont, par ordre décroissant : 90 d'accord (soit 38,96%), 2 pas d'accord (soit 0,87%), 0 qui ne soit pas du tout d'accord (soit 0,00%).

Rôle du MG

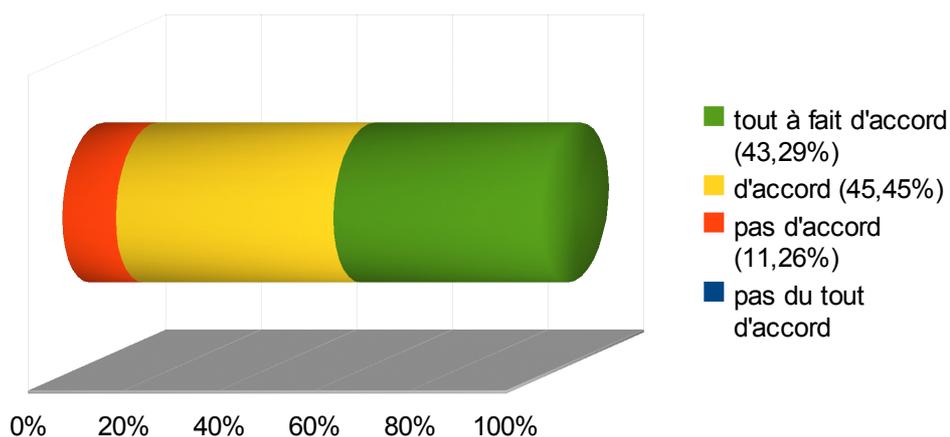
(diagnostic précoce, n=231)



Concernant l'item « annonce diagnostique », nous observons parmi les 231 répondants une répartition moins radicale que précédemment. En effet, les réponses sont les suivantes, par ordre décroissant : 105 médecins sont d'accord avec ce qu'implique l'item (soit 45,45%), 100 médecins sont tout à fait d'accord (soit 43,29%), 26 ont répondu n'être pas d'accord (soit 11,26%) et 0 qui ne soit pas du tout d'accord (soit 0,00%).

Rôle du MG

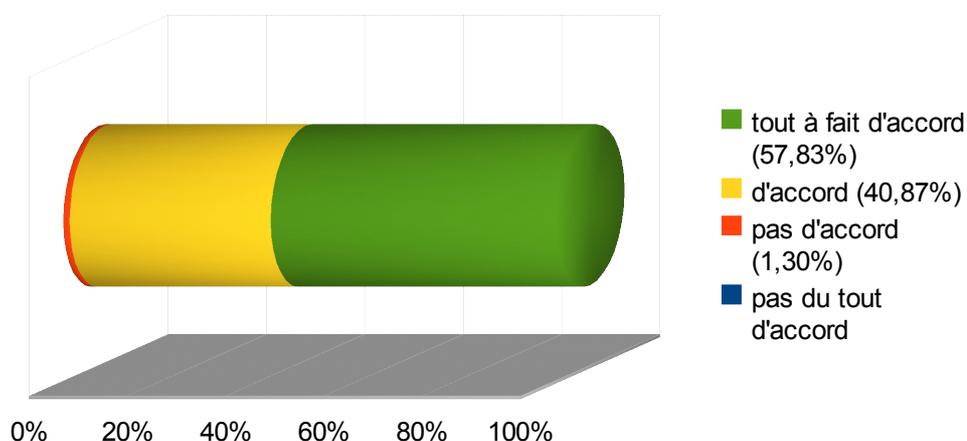
(annonce diagnostique, n=231)



Ensuite, au sujet de l'item « orientation vers structure/oncologue », parmi les 230 réponses obtenues, nous pouvons observer que la majorité des médecins est tout à fait d'accord : 133 (soit 57,83%). Puis, par ordre décroissant : 94 sont d'accord (soit 40,87%), 3 ne sont pas d'accord (soit 1,30%), et 0 qui ne soit pas du tout d'accord.

Rôle du MG

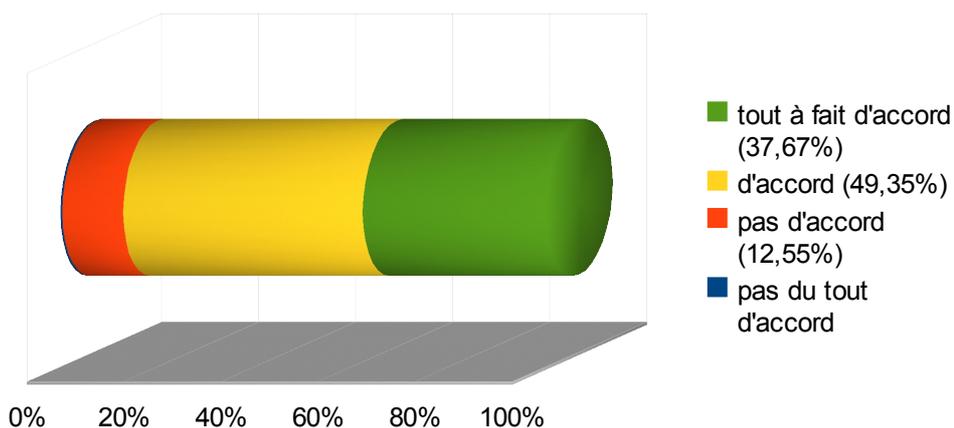
(orientation vers structure/oncologue, n=230)



A propos de l'item « coordination », les 231 médecins généralistes répondants se sont prononcés de la manière suivante, par ordre décroissant : 114 sont d'accord (soit 49,35%), 87 sont tout à fait d'accord (soit 37,67%), 29 ne sont pas d'accord (soit 12,55%) et 1 n'est pas du tout d'accord (soit 0,43%).

Rôle du MG

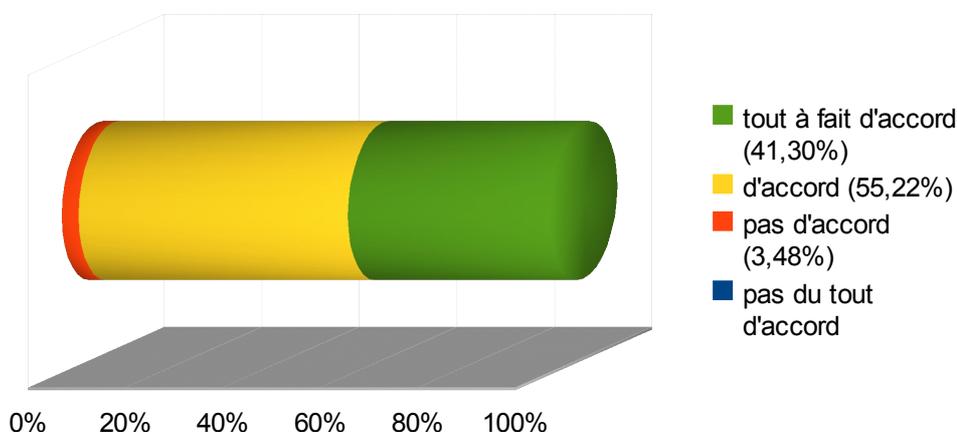
(coordination, n=231)



Concernant l'item « suivi au long cours », la majorité des 230 médecins généralistes ayant répondu est d'accord : 127 (soit 55,22%). Puis, par ordre décroissant : 95 sont tout à fait d'accord (soit 41,30%), 8 ne sont pas d'accord (soit 3,48%) et 0 qui ne soit pas du tout d'accord (soit 0,00%).

Rôle du MG

(suivi au long cours, n=230)



Enfin, pour l'item « accompagnement en période terminale », une majorité se distingue parmi les 230 répondants : 120 médecins sont tout à fait d'accord (soit 52,18%). En ce qui concerne les autres réponses obtenues, on peut dénombrer par ordre décroissant : 98 médecins d'accord (soit 42,61%), 11 médecins pas d'accord (soit 4,78%) et 1 qui ne soit pas du tout d'accord (soit 0,43%).

Rôle du MG

(accompagnement en période terminale, n=230)

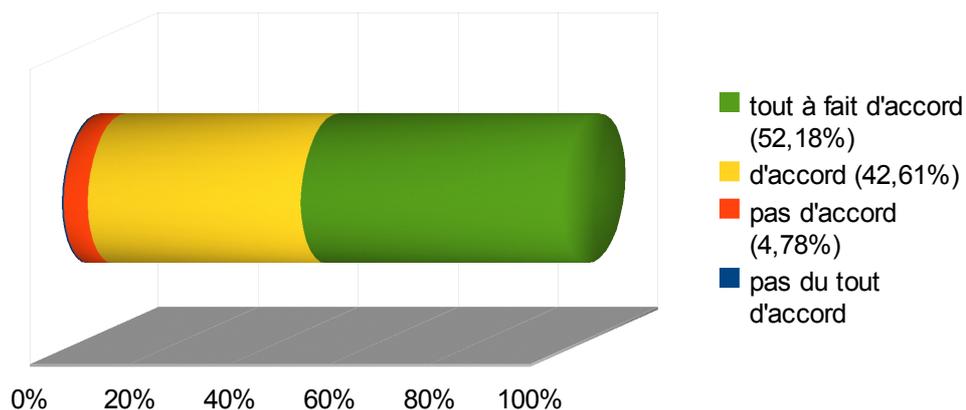


Tableau récapitulatif des données de la Question 11 :

	pas du tout d'accord	PI	pas d'accord	PI	d'accord	PI	tout à fait d'accord	PI	PT
Prév. et dépistage (n=230)	0	0,00 %	1	0,43 %	65	28,26 %	164	71,31 %	100,00 %
Diag. précoce (n=231)	0	0,00 %	2	0,87 %	90	38,96 %	139	60,17 %	100,00 %
Annonce diag. (n=231)	0	0,00 %	26	11,26 %	105	45,45 %	100	43,29 %	100,00 %
Orient. (n=230)	0	0,00 %	3	1,30 %	94	40,87 %	133	57,83 %	100,00 %
Coordin. (n=231)	1	0,43 %	29	12,55 %	114	49,35 %	87	37,67 %	100,00 %
Suivi (n=230)	0	0,00 %	8	3,48 %	127	55,22 %	95	41,30 %	100,00 %
Accomp. (n=230)	1	0,43 %	11	4,78 %	98	42,61 %	120	52,18 %	100,00 %

PI : Pourcentage Intermédiaire

PT : Pourcentage Total

3.5. DIFFICULTES RENCONTREES

3.5.1. Difficultés de prise en charge (Questions 12 et 13)

Nous observons pour la Question 12 un ensemble de 229 réponses, soit un taux de réponse de 98,70%. Dans cette question, il est demandé aux médecins généralistes de numéroter par ordre d'importance les 5 difficultés rencontrées au quotidien dans leur prise en charge des patients atteints de cancer. Ces 5 difficultés sont celles qu'on leur a proposé dans le questionnaire. Les médecins attribuent une note de 1 à 5 à chaque difficulté, 1 étant considérée comme la difficulté la plus importante, et 5 comme la moins importante.

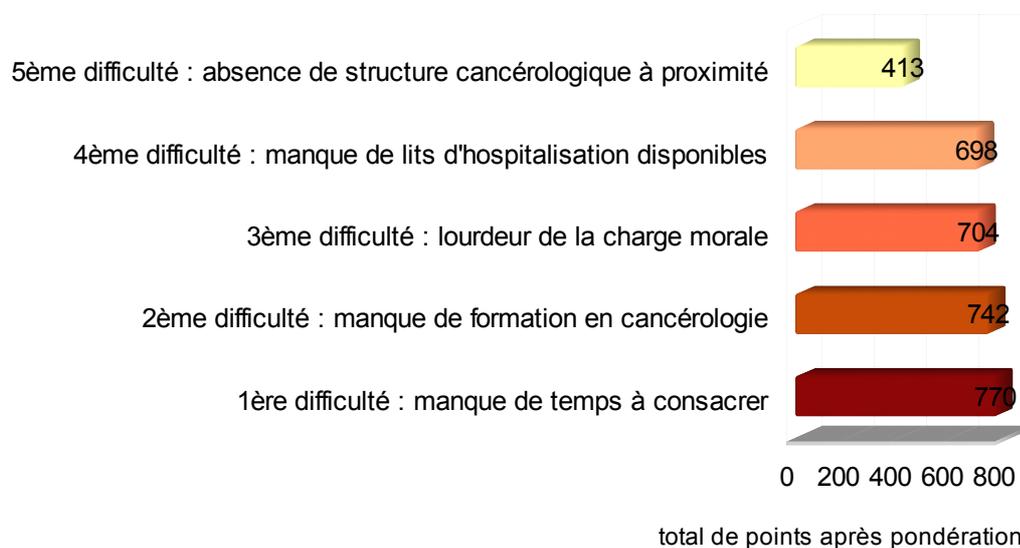
Ces réponses sont pondérées avec l'attribution suivante :

- 5 points attribués à chaque difficulté notée 1
- 4 points attribués à chaque difficulté notée 2
- 3 points attribués à chaque difficulté notée 3
- 2 points attribués à chaque difficulté notée 4
- 1 point attribué à chaque difficulté notée 5

Un total de points apparaît alors pour chacune des 5 difficultés. La difficulté recueillant le plus grand total est considérée comme la difficulté la plus importante pour les généralistes, et la difficulté recueillant le plus petit total est considérée comme la difficulté la moins gênante pour les généralistes.

Ainsi, nous observons que la difficulté « manque de temps à consacrer » est la difficulté considérée comme la plus importante au quotidien pour les médecins généralistes (recueillant donc le total le plus élevé : 770 points). Ensuite, les autres difficultés considérées sont les suivantes, par ordre décroissant de points : « manque de formation en cancérologie » (742 points), puis « lourdeur de la charge morale » (704 points), puis « manque de lits d'hospitalisation disponibles » (698 points) et enfin « absence de structure cancérologique à proximité » (413 points).

Difficultés de prise en charge



En ce qui concerne la Question 13, l'enquête réunit 230 répondants, soit un taux de réponse de 99,13%. Ici, nous demandons aux médecins généralistes de numéroter par ordre d'importance les 5 problèmes posés le plus régulièrement par leurs patients atteints de cancer. Ces 5 problèmes sont ceux qu'on leur a proposé dans le questionnaire. Les médecins attribuent une note de 1 à 5 à chaque problème, 1 étant considéré comme le problème le plus important, et 5 comme le moins important.

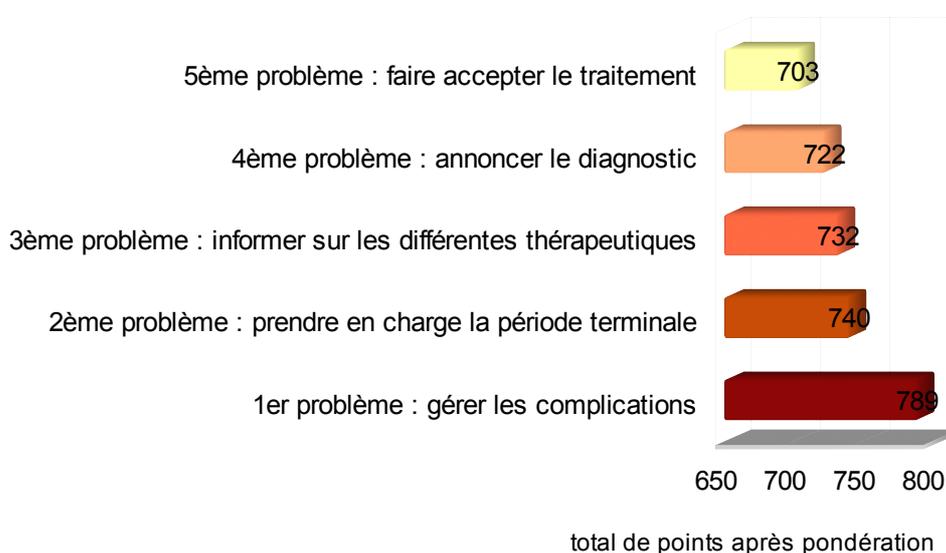
Ces réponses sont pondérées avec l'attribution suivante :

- 5 points attribués à chaque problème noté 1
- 4 points attribués à chaque problème noté 2
- 3 points attribués à chaque problème noté 3
- 2 points attribués à chaque problème noté 4
- 1 point attribué à chaque problème noté 5

On objective alors un total de points pour chacun des 5 problèmes. Le problème recueillant le plus grand total est considéré comme le plus important pour les généralistes, et celui recueillant le plus petit total est considéré comme le problème le moins perturbant pour les généralistes.

En outre, nous voyons donc que le problème « gérer les complications liées au cancer et liées au traitement anti-cancéreux » est le problème le plus régulièrement posé par les patients cancéreux à leur médecin généraliste (recueillant donc le plus grand total : 789). Puis, les autres problèmes considérés sont les suivants, par ordre décroissant de points : « prendre en charge la période terminale » (740 points), puis « informer sur les différentes possibilités thérapeutiques » (732 points), puis « annoncer le diagnostic » (722 points) et enfin « faire accepter un traitement » (703 points).

Problèmes posés par les patients



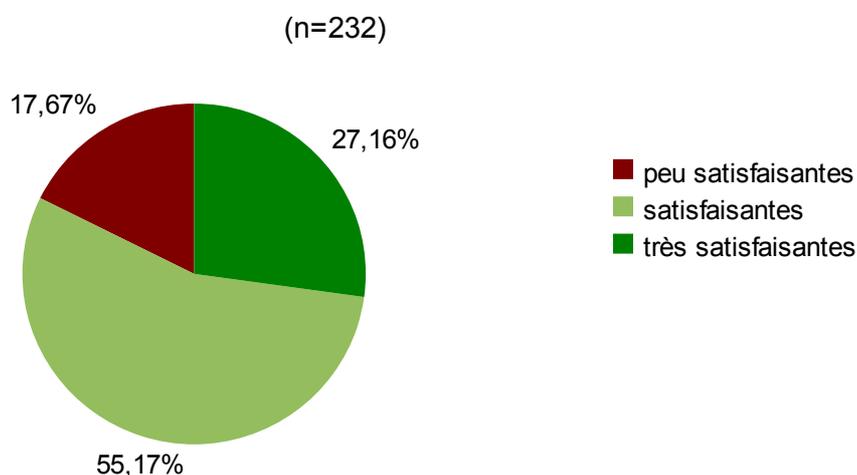
3.5.2. Relations avec l'oncologue (Question 14)

Cette question concerne la qualité de la relation entre les médecins traitants et les oncologues des structures avec lesquelles ceux-là travaillent. Le taux de réponse de cette question est de 100,00%.

Nous observons que la majorité des 232 répondants décrit ses relations avec l'oncologue référent de ses patients comme satisfaisantes : 128 (soit 55,17%). Puis, 63 médecins estiment que les relations sont très satisfaisantes (soit 27,16%) et 41 les estiment peu satisfaisantes (soit 17,67%).

Ainsi, une grande majorité des répondants atteste d'une bonne qualité relationnelle dans leur travail avec les oncologues, car 82,33% s'estiment satisfaits ou très satisfaits.

Relations avec l'oncologue référent



3.5.3. Les urgences cancérologiques

3.5.3.1. Décisions du questionnaire (Question 15)

Pour la Question 15, il s'agit de déterminer la fréquence des différentes décisions existantes lors d'une urgence cancérologique. Nous leur avons soumis 4 décisions possibles dans le questionnaire :

- solliciter les lits de régulation ville-hôpital
- gérer en ambulatoire (seul ou en réseau)
- solliciter le Service d'Accueil des Urgences Générales
- contacter l'oncologue référent

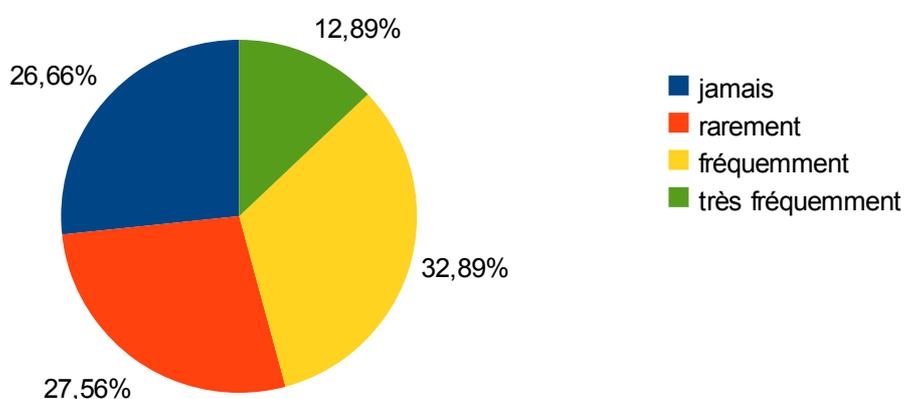
Ils devaient exprimer s'ils utilisaient chaque décision : jamais, rarement, fréquemment ou très fréquemment.

Les résultats de cette question seront traités décision par décision.

Lors d'une urgence cancérologique, concernant la décision de « solliciter les lits de régulation ville-hôpital », cet item recueille 225 réponses (pour l'ensemble du Poitou-Charentes), soit un taux de réponse de 96,98%. Nous pouvons voir que les réponses se répartissent de la manière suivante, par ordre décroissant : 74 médecins disent prendre cette décision fréquemment (soit 32,89%), 62 rarement (soit 27,56%), 60 jamais (soit 26,66%) et 29 très fréquemment (soit 12,89%).

Solliciter les lits de régulation ville-hôpital

(Poitou-Charentes, n=225)



Ainsi, la majorité des répondants ne prend jamais ou rarement la décision de solliciter les lits de régulation (122 sur 225, soit 54,22%).

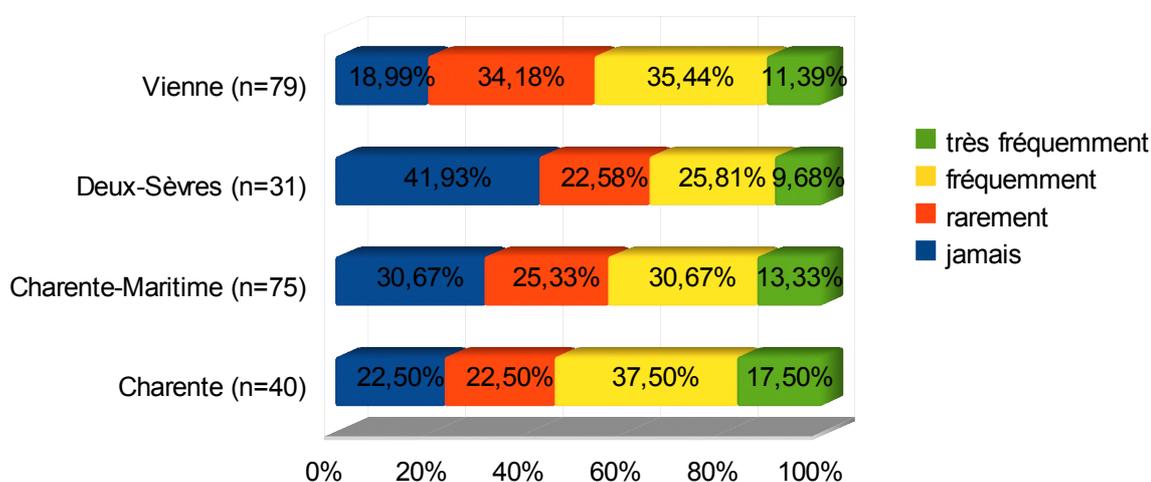
Nous pouvons par ailleurs prendre quelques instants pour regarder le détail de cette décision, département par département :

- en Charente : 40 répondants, dont 9 qui estiment ne jamais solliciter les lits de régulation (soit 22,5%), 9 rarement (soit 22,5%), 15 fréquemment (soit 37,5%) et 7 très fréquemment (soit 17,5%).
- en Charente-Maritime : 75 répondants, dont 23 qui estiment ne jamais solliciter les lits de régulation (soit 30,67%), 19 rarement (soit 25,33%), 23 fréquemment (soit 30,67%) et 10 très fréquemment (soit 13,33%).

- en Deux-Sèvres : 31 répondants, dont 13 qui estiment ne jamais solliciter les lits de régulation (soit 41,93%), 7 rarement (soit 22,58%), 8 fréquemment (soit 25,81%) et 3 très fréquemment (soit 9,68%).
- dans la Vienne : 79 répondants, dont 15 qui estiment ne jamais solliciter les lits de régulation (soit 18,99%), 27 rarement (soit 34,18%), 28 fréquemment (soit 35,44%) et 9 très fréquemment (soit 11,39%).

Solliciter les lits de régulation ville-hôpital

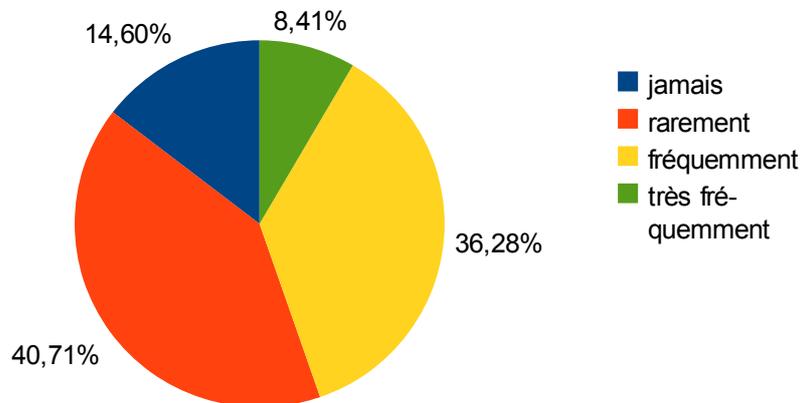
(par départements)



Concernant la décision de « gérer en ambulatoire (seul ou en réseau) », cet item recueille 226 réponses (pour l'ensemble du Poitou-Charentes), soit un taux de réponse de 97,41%. Nous pouvons voir que les réponses se répartissent de la manière suivante, par ordre décroissant : 92 médecins disent prendre cette décision rarement (soit 40,71%), 82 fréquemment (soit 36,28%), 33 jamais (soit 14,60%) et 19 très fréquemment (soit 8,41%).

Gérer en ambulatoire (seul ou en réseau)

(Poitou-Charentes, n=226)



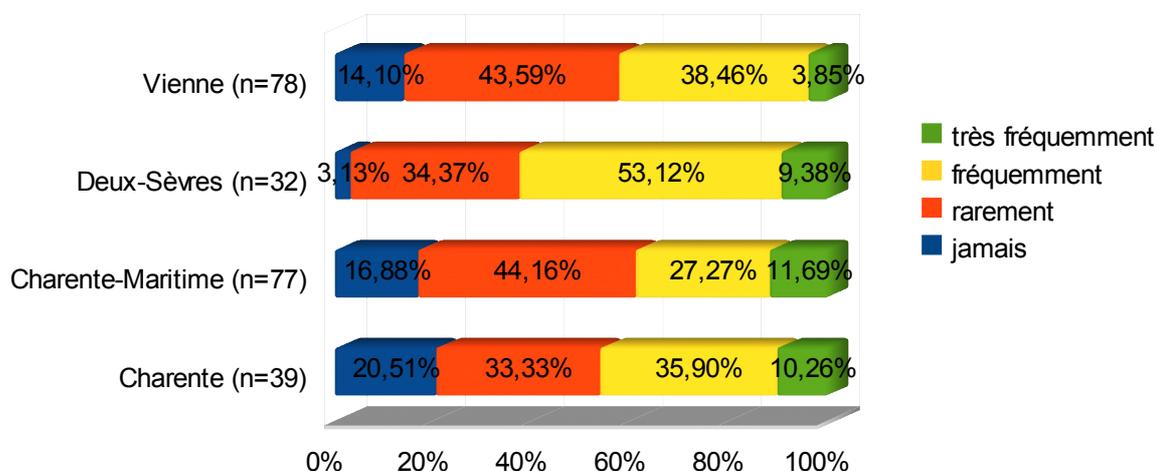
Ainsi, la majorité des répondants ne prend jamais ou rarement la décision de gérer l'urgence oncologique en ambulatoire, seul ou en réseau (125 sur 226, soit 55,31%).

Les détails de cette décision sont, département par département :

- en Charente : 39 répondants, dont 8 qui estiment ne jamais gérer l'urgence en ambulatoire (soit 20,51%), 13 rarement (soit 33,33%), 14 fréquemment (soit 35,90%) et 4 très fréquemment (soit 10,26%).
- en Charente-Maritime : 77 répondants, dont 13 qui estiment ne jamais gérer l'urgence en ambulatoire (soit 16,88%), 34 rarement (soit 44,16%), 21 fréquemment (soit 27,27%) et 9 très fréquemment (soit 11,69%).
- en Deux-Sèvres : 32 répondants, dont 1 qui estime ne jamais gérer l'urgence en ambulatoire (soit 3,13%), 11 rarement (soit 34,37%), 17 fréquemment (soit 53,12%) et 3 très fréquemment (soit 9,38%).
- dans la Vienne : 78 répondants, dont 11 qui estiment ne jamais gérer l'urgence en ambulatoire (soit 14,10%), 34 rarement (soit 43,59%), 30 fréquemment (soit 38,46%) et 3 très fréquemment (soit 3,85%).

Gérer en ambulatoire (seul ou en réseau)

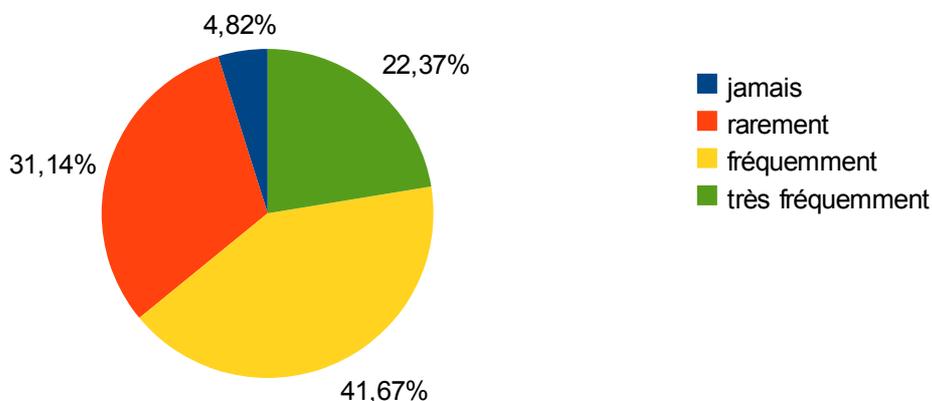
(par départements)



Ensuite, concernant la décision « solliciter le Service d'Accueil des Urgences Générales » cet item recueille 228 réponses (pour l'ensemble du Poitou-Charentes), soit un taux de réponse de 98,27%. Les réponses se répartissent alors, par ordre décroissant : 95 médecins disent prendre cette décision fréquemment (soit 41,67%), 71 rarement (soit 31,14%), 51 très fréquemment (soit 22,37%) et 11 n'y recourent jamais (soit 4,82%).

Solliciter le Service d'Accueil des Urgences Générales

(Poitou-Charentes, n=228)



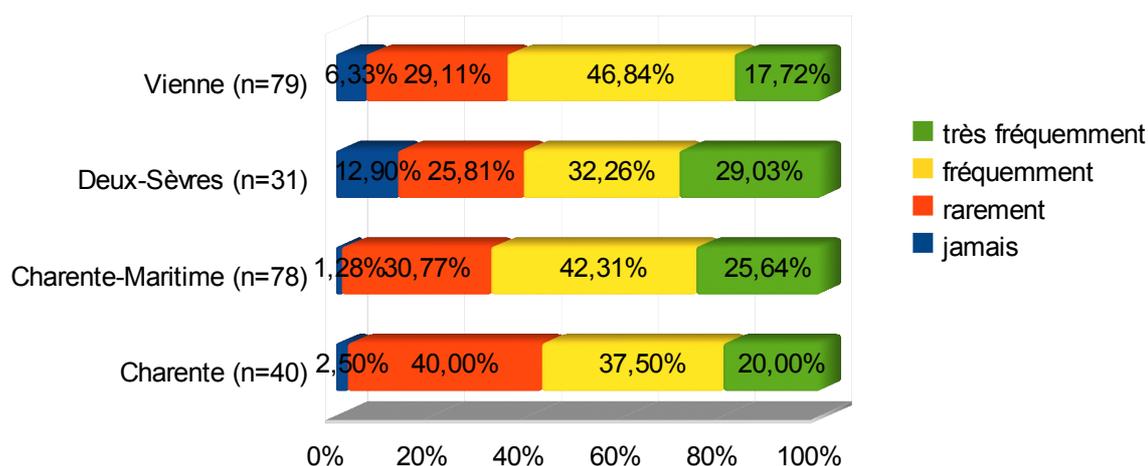
Ainsi, la majorité des répondants prend fréquemment ou très fréquemment la décision de solliciter le Service des Urgences Générales (146 sur 228, soit 64,04%).

Les détails de cette décision sont, département par département :

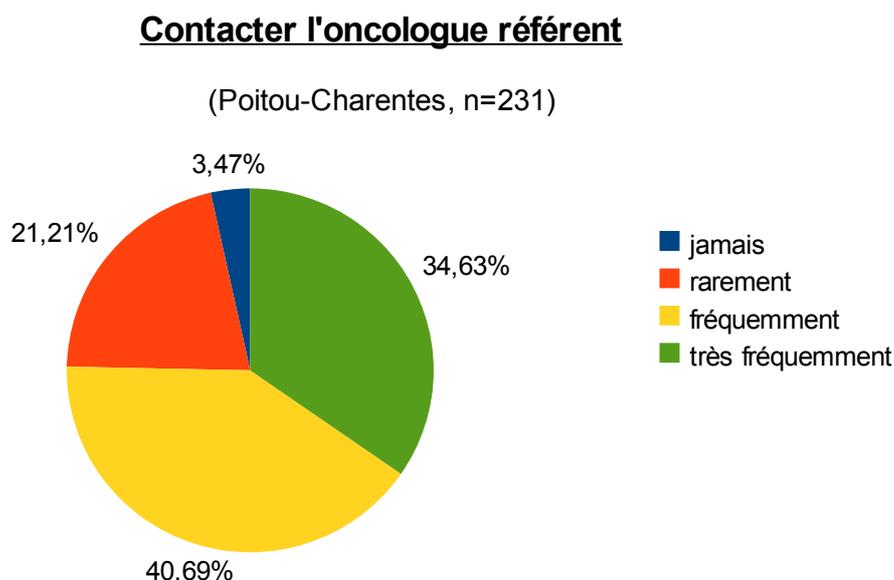
- en Charente : 40 répondants, dont 1 qui estime ne jamais solliciter le Service d'Accueil des Urgences Générales (soit 2,50%), 16 rarement (soit 40,00%), 15 fréquemment (soit 37,50%) et 8 très fréquemment (soit 20,00%).
- en Charente-Maritime : 78 répondants, dont 1 qui estime ne jamais solliciter le Service d'Accueil des Urgences Générales (soit 1,28%), 24 rarement (soit 30,77%), 33 fréquemment (soit 42,31%) et 20 très fréquemment (soit 25,64%).
- en Deux-Sèvres : 31 répondants, dont 4 qui estiment ne jamais solliciter le Service d'Accueil des Urgences Générales (soit 12,90%), 8 rarement (soit 25,81%), 10 fréquemment (soit 32,26%) et 9 très fréquemment (soit 29,03%).
- dans la Vienne : 79 répondants, dont 5 qui estiment ne jamais solliciter le Service d'Accueil des Urgences Générales (soit 6,33%), 23 rarement (soit 29,11%), 37 fréquemment (soit 46,84%) et 14 très fréquemment (soit 17,72%).

Solliciter le Service d'Accueil des Urgences Générales

(par départements)



Enfin, penchons nous sur la décision « contacter l'oncologue référent ». Cet item réunit 231 réponses (pour l'ensemble du Poitou-Charentes), soit un taux de réponse de 99,56%. Les réponses se répartissent ici, par ordre décroissant : 94 médecins disent prendre cette décision fréquemment (soit 40,69%), 80 très fréquemment (soit 34,63%), 49 rarement (soit 21,21%) et 8 n'y recourent jamais (soit 3,47%).

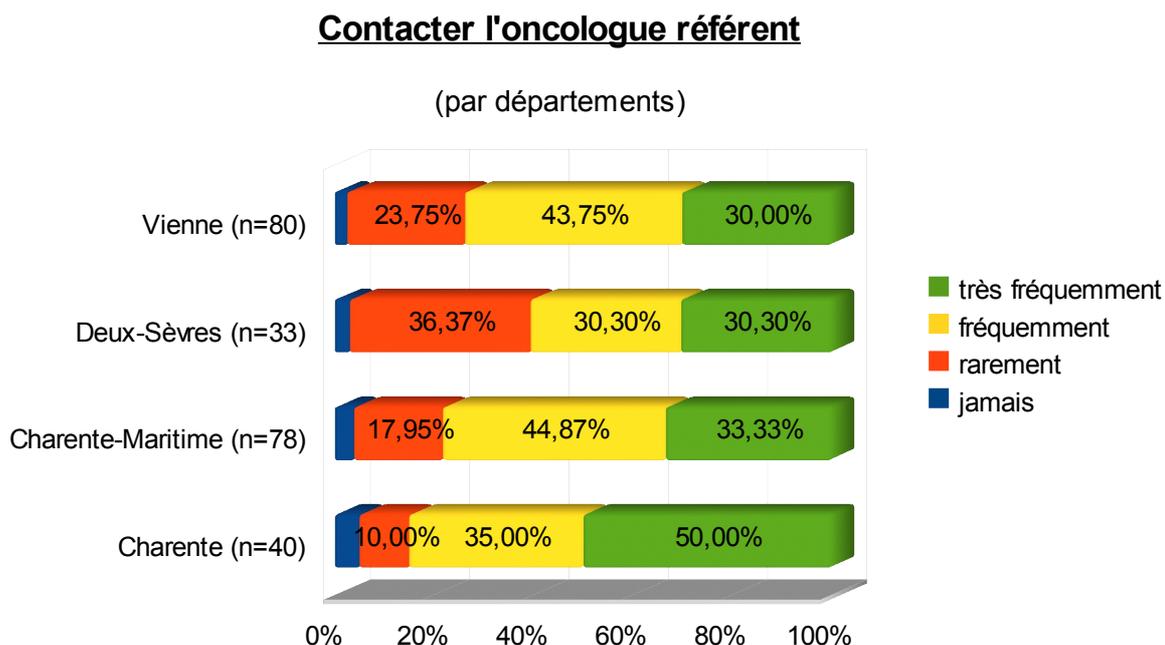


Nous observons que la majorité des répondants décide fréquemment ou très fréquemment de contacter l'oncologue référent devant une urgence cancérologique (174 sur 231, soit 75,32%).

Les détails de cette quatrième décision proposée dans le questionnaire sont, département par département :

- en Charente : 40 répondants, dont 2 qui estiment ne jamais contacter l'oncologue référent (soit 5,00%), 4 rarement (soit 10,00%), 14 fréquemment (soit 35,00%) et 20 très fréquemment (soit 50,00%).
- en Charente-Maritime : 78 répondants, dont 3 qui estiment ne jamais contacter l'oncologue référent (soit 3,85%), 14 rarement (soit 17,95%), 35 fréquemment (soit 44,87%) et 26 très fréquemment (soit 33,33%).

- en Deux-Sèvres : 33 répondants, dont 1 qui estime ne jamais contacter l'oncologue référent (soit 3,03%), 12 rarement (soit 36,37%), 10 fréquemment (soit 30,30%) et 10 très fréquemment (soit 30,30%).
- dans la Vienne : 80 répondants, dont 2 qui estiment ne jamais contacter l'oncologue référent (soit 2,50%), 19 rarement (soit 23,75%), 35 fréquemment (soit 43,75%) et 14 très fréquemment (soit 30,00%).



3.5.3.2. Décisions proposées par les médecins (Question 16)

La Question 16 est facultative et ouverte. Elle demande aux médecins généralistes de proposer d'autres décisions qu'ils sont amenés à prendre devant une urgence cancérologique.

Cette question recueille 10 propositions, soit un taux de réponse de 4,31%.

Les voici, brutes et sans interprétation, par département :

- Charente (2 réponses)
 - « respect choix malade »
 - « ne répondent pas »
- Charente-Maritime (4 réponses)
 - « difficile de répondre car ça dépend de l'urgence »
 - « difficulté dialogue avec l'oncologue »
 - « solliciter médecin EMSP »
 - « informer le patient des risques encourus et des différentes prises en charge possibles : obtenir son consentement souvent »
- Deux-Sèvres (1 réponse)
 - « jamais joignable »
- Vienne (3 réponses)
 - « samu »
 - « panique... »
 - « trop long au téléphone ou inaccessible »

3.5.4. Les partenaires du MG (Questions 17 et 18)

Lors de la Question 17, les médecins généralistes expriment avec quel partenaire ils pensent jouer un rôle central et constructif. Cette question recueille ainsi 229 réponses, soit un taux de réponse de 98,70%.

Nous demandons aux médecins généralistes de classer par ordre d'utilité les 5 partenaires les plus fréquents dans leur quotidien. Ces 5 partenaires ou groupe de partenaires sont ceux qu'on leur a proposés dans le questionnaire, sur la base des recherches vues dans les chapitres précédents. Les médecins attribuent une note de 1 à 5 à chaque partenaire, 1 étant considéré comme le partenaire le plus important, et 5 comme le moins important.

Ces réponses sont pondérées avec l'attribution suivante :

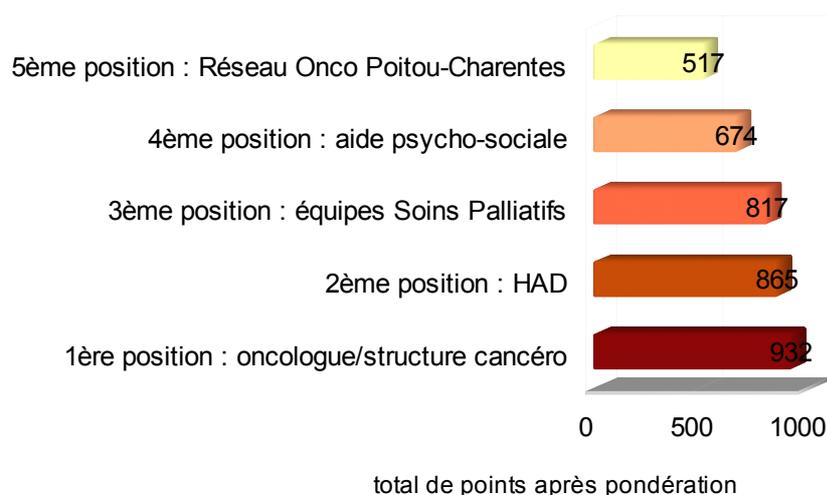
- 5 points attribués à chaque partenaire noté 1
- 4 points attribués à chaque partenaire noté 2
- 3 points attribués à chaque partenaire noté 3
- 2 points attribués à chaque partenaire noté 4
- 1 point attribué à chaque partenaire noté 5

Ainsi, nous pouvons observer un total de points pour chacun des 5 partenaires. Le partenaire recueillant le plus grand total est considéré comme le plus utile pour les généralistes dans leur quotidien, et celui recueillant le plus petit total est considéré comme le partenaire le moins indispensable pour les généralistes.

Pour ce qui est de jouer un rôle central et constructif avec le médecin généraliste, le partenaire qui recueille le plus grand total de points est le partenaire « oncologue/structure cancérologique » (932 points). Puis, les partenaires jugés moins utiles sont, par ordre décroissant de points : « HAD/aides à domicile » (865 points), puis « Equipes de soins palliatifs » (817 points), puis « Aide psychologique et/ou aide sociale pour le patient ou ses proches » (674 points) et enfin « Réseau Onco Poitou-Charentes » (517 points).

Les partenaires du MG

(ceux avec qui il pense jouer un rôle central et constructif)



Ensuite, pour la Question 18, les médecins généralistes expriment avec quel partenaire ils souhaiteraient avoir plus d'échanges de travail. On retrouve pour cette question 224 répondants, soit un taux de réponse de 96,55%.

Ainsi, il est demandé aux médecins généralistes de classer par ordre d'utilité les 5 partenaires avec qui ils aimeraient travailler davantage. Ces 5 partenaires ou groupe de partenaires sont ceux qu'on leur a proposés dans le questionnaire, sur la base des mêmes recherches que pour la Question 17. Les médecins attribuent alors une note de 1 à 5 à chaque partenaire, 1 étant considéré comme le partenaire le plus important, et 5 comme le moins pertinent.

Ces réponses sont pondérées avec l'attribution suivante :

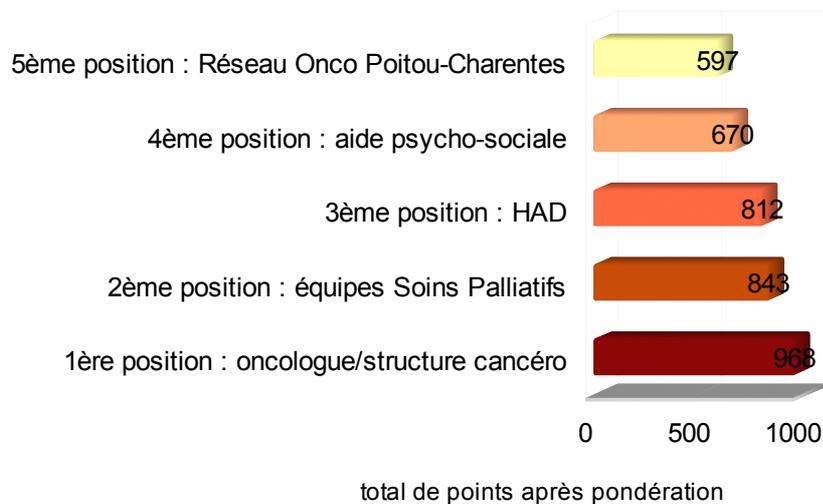
- 5 points attribués à chaque partenaire noté 1
- 4 points attribués à chaque partenaire noté 2
- 3 points attribués à chaque partenaire noté 3
- 2 points attribués à chaque partenaire noté 4
- 1 point attribué à chaque partenaire noté 5

En outre, nous pouvons objectiver un total de points pour chacun des 5 partenaires. Le partenaire recueillant le plus grand total est considéré comme le partenaire avec lequel les médecins généralistes aimeraient avoir plus d'échanges de travail, et celui recueillant le plus petit total est considéré comme le partenaire le moins primordial sur ce sujet.

Parmi les différents partenaires cités précédemment, celui qui réunit le plus grand total de points est le partenaire « oncologue référent/structure cancérologique » (968 points). Puis, les partenaires avec lesquels les médecins généralistes souhaiteraient avoir un peu plus d'échanges sont, par ordre décroissant de points : « Equipes de Soins Palliatifs » (843 points), puis « HAD/aides à domicile » (812 points), puis « Aide psychologique et/ou aide sociale pour le patient ou ses proches » (670 points) et enfin « Réseau Onco Poitou-Charentes » (597 points).

Les partenaires du MG

(ceux avec qui il souhaiterait avoir plus d'échanges de travail)



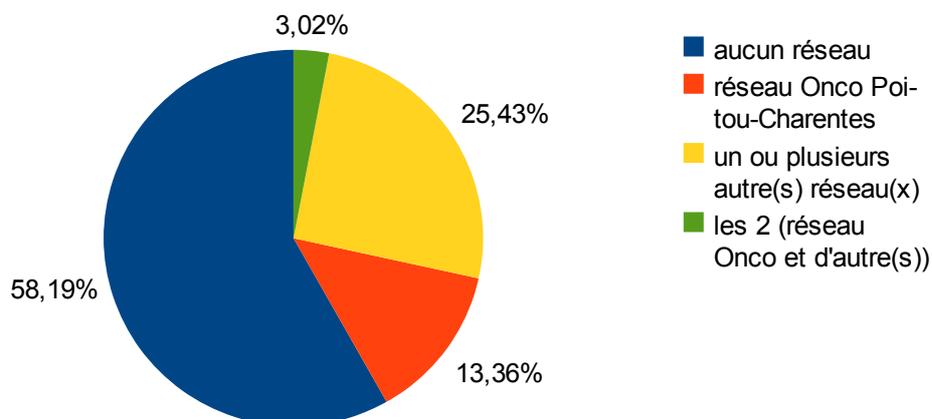
3.6. RESEAUX UTILISES (Question 19)

Pour cet item, on dénombre 135 médecins ne participant pas à un réseau dans sa pratique quotidienne, quelque soit ce réseau. Soit la majorité des 232 répondants (58,19%).

Ensuite, nous observons, pour le Poitou-Charentes, que 31 médecins généralistes participent au Réseau Onco Poitou-Charentes (soit 13,36%), 59 participent à un ou plusieurs autre(s) réseau(x) (soit 25,43%) et enfin 7 d'entre eux participent au Réseau Onco Poitou-Charentes ainsi qu'à d'autre(s) réseau(x) (soit 3,02%).

Participation des MG aux réseaux

(Poitou-Charentes, n=232)



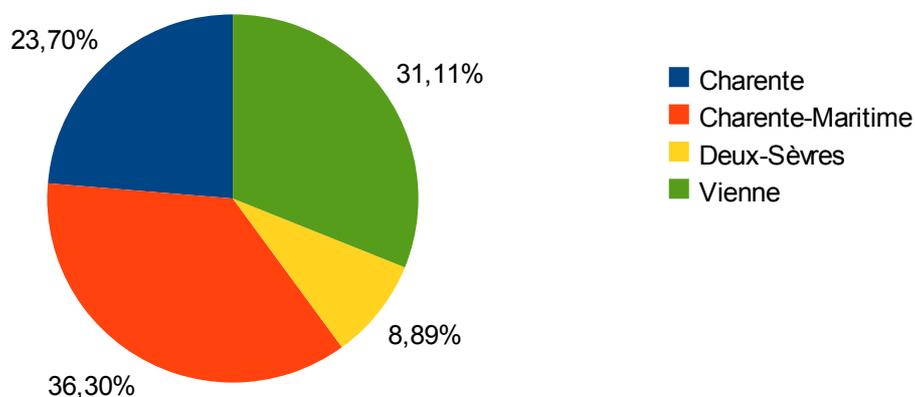
A présent, nous pouvons décrire la répartition des médecins généralistes dans les réseaux en fonction de leur département.

Ainsi, parmi les 135 médecins ne participant à aucun réseau, nous observons :

- 32 médecins en Charente (soit 23,70%)
- 49 médecins en Charente-Maritime (soit 36,30%)
- 12 médecins en Deux-Sèvres (soit 8,89%)
- 42 médecins dans la Vienne (soit 31,11%)

Répartition géographique pour les réseaux

(aucun réseau, n=135)

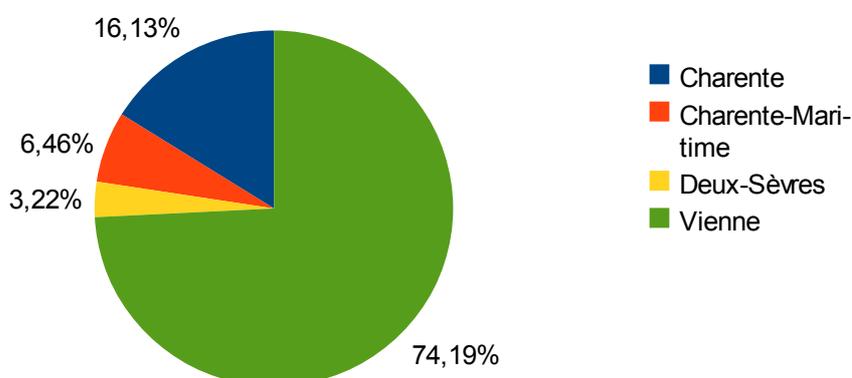


Ensuite, parmi les 31 participants au Réseau Onco Poitou-Charentes, nous pouvons retrouver :

- 5 médecins en Charente (soit 16,13%)
- 2 médecins en Charente-Maritime (soit 6,46%)
- 1 médecin en Deux-Sèvres (soit 3,22%)
- 23 médecins dans la Vienne (soit 74,19%)

Répartition géographique pour les réseaux

(Réseau Onco Poitou-Charentes, n=31)

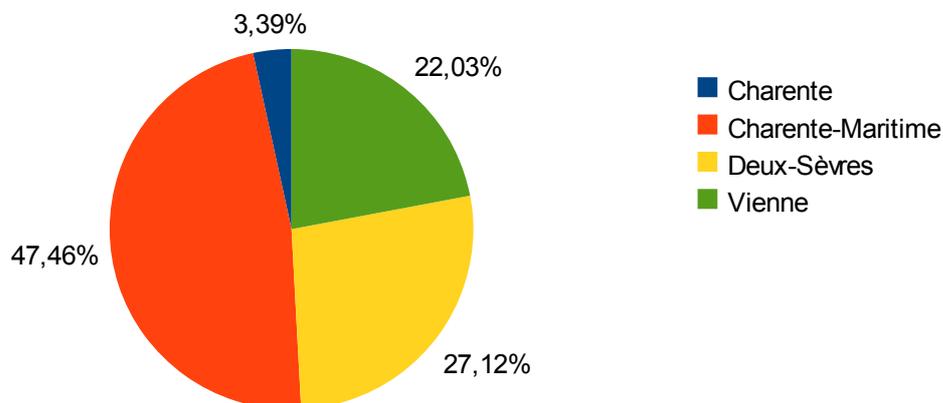


Puis, pour la participation à un ou plusieurs autre(s) réseau(x), nous pouvons voir la répartition géographique suivante :

- 2 médecins en Charente (soit 3,39%)
- 28 médecins en Charente-Maritime (soit 47,46%)
- 16 en Deux-Sèvres (soit 27,12%)
- 13 dans la Vienne (soit 22,03%)

Répartition géographique pour les réseaux

(un ou plusieurs autre(s) réseau(x), n=59)

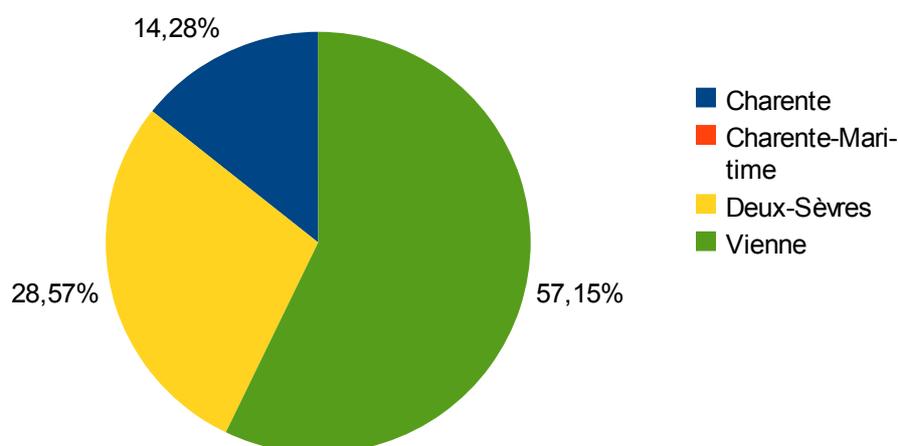


Enfin, parmi les 7 médecins généralistes participant aux 2 types de réseaux (onco et autres), nous observons la répartition qui suit :

- 1 médecin en Charente (soit 14,28%)
- aucun médecin en Charente-Maritime (soit 0,00%)
- 2 médecins en Deux-Sèvres (soit 28,57%)
- 4 médecins dans la Vienne (soit 57,15%)

Répartition géographique pour les réseaux

(les 2 réseaux, n=7)



3.7. FORMATION ET PERSPECTIVES EN CANCEROLOGIE

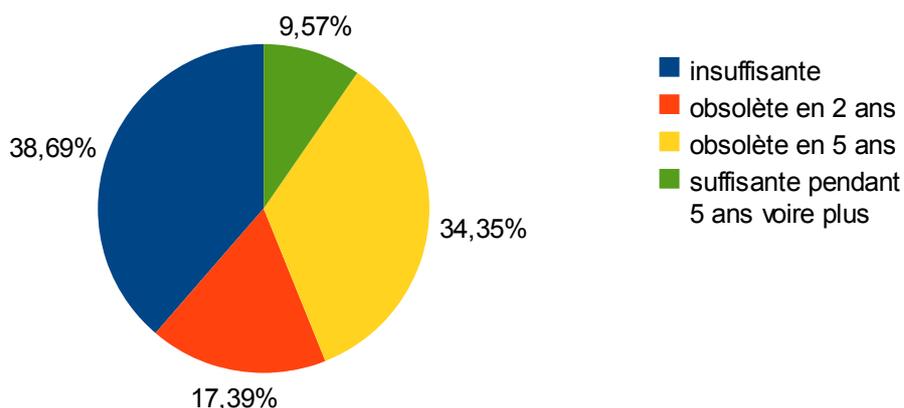
3.7.1. Evaluation du niveau de connaissances (Questions 20 et 21)

A la Question 20, comment évaluez-vous le niveau de votre formation hospitalo-universitaire en cancérologie, on recueille 230 répondants, soit un taux de réponse de 99,13%.

Parmi ces 230 répondants, 89 médecins jugent cette formation insuffisante (soit 38,69%), 40 médecins la jugent obsolète au bout de 2 ans (soit 17,39%), 79 la jugent obsolète au bout de 5 ans (soit 34,35%) et 22 médecins jugent cette formation suffisante pendant 5 ans voire plus (soit 9,57%).

Evaluation de la formation initiale en Cancérologie

(formation hospitalo-universitaire)



Quant à la Question 21, nous recueillons 228 répondants, soit un taux de réponse de 98,27%. Les médecins généralistes ont évalué leur niveau de connaissance en se donnant une note allant de 1 à 10 (1 évoquant un mauvais niveau de connaissance et 10 évoquant un excellent niveau de connaissance).

Le récapitulatif des notes est inscrit dans le tableau suivant :

Notes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
n	3	12	28	32	73	32	37	9	1	1

Moyenne = 4,98

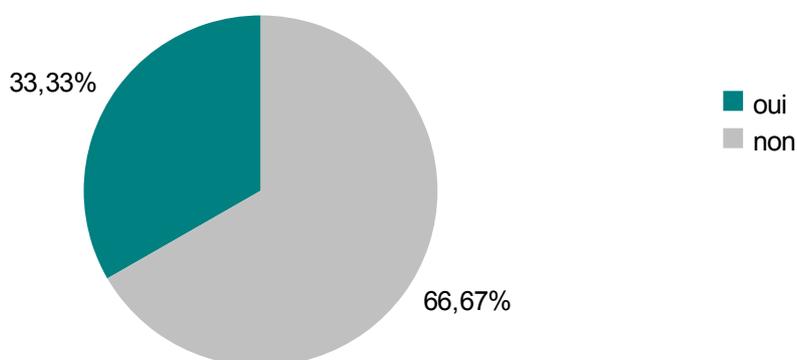
Médiane = 5

3.7.2. Formations post-thèse (Questions 22, 23 et 24)

La Question 22 réunit 231 réponses (soit un taux de 99,56%). On observe à travers cet item que la majorité des médecins n'a pas effectué de formation spécifique en Cancérologie après leur thèse : 154 (soit 66,67%). A contrario, 77 des répondants ont effectué une telle formation (soit 33,33%).

Avez-vous effectué une formation spécifique en Cancérologie?

(après votre thèse)

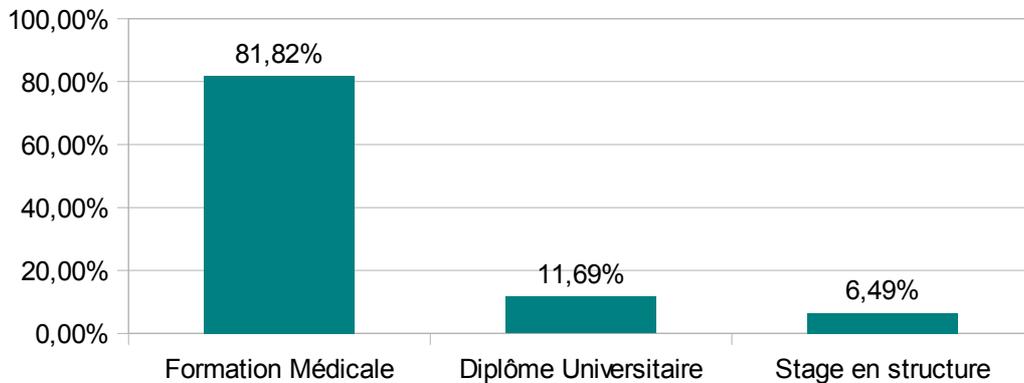


Lorsque les médecins généralistes répondent favorablement à la question précédente, ils précisent quelle formation ils ont effectuée (Question 23). Ils sont donc 77 au total et se répartissent de la manière suivante :

- 63 ont eu leur formation spécifique par une Formation Médicale Continue (soit 81,82%)
- 9 ont validé un Diplôme Universitaire en Cancérologie (soit 11,69%)
- 5 ont réalisé un stage en structure (soit 6,49%)

Type de formation spécifique

(n=77)

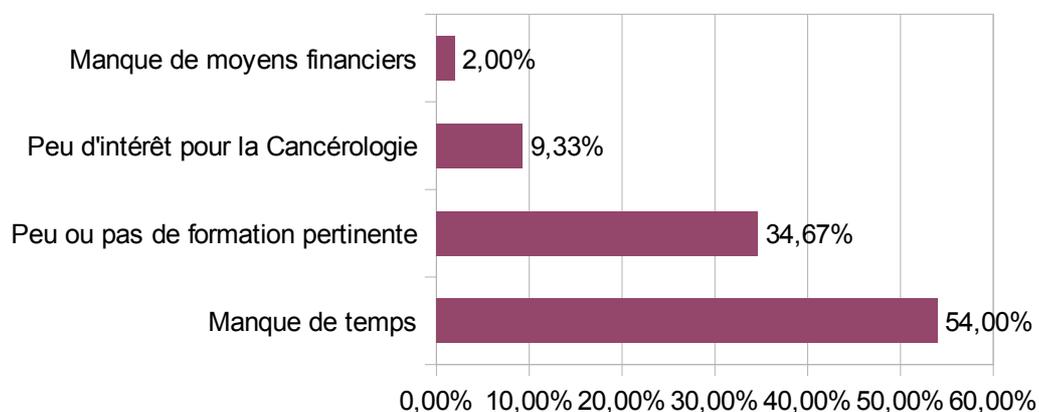


A contrario, les 154 médecins ayant répondu « non » au sujet d'une formation spécifique après leur thèse, expriment la raison pour laquelle ils n'ont pas souhaité ou n'ont pas pu le faire (sauf 4 qui n'ont pas répondu à cette question subsidiaire, Question 24, soit un taux de réponse de 97,40%) :

- 81 médecins expliquent un « manque de temps » (soit 54%)
- 52 médecins disent « peu ou pas de formation pertinente » (soit 34,67%)
- 14 médecins expriment « peu d'intérêt pour la Cancérologie » (soit 9,33%)
- 3 médecins invoquent un « manque de moyens financiers » (soit 2%)

Les raisons de l'absence de formation spécifique après la thèse

(n=150)

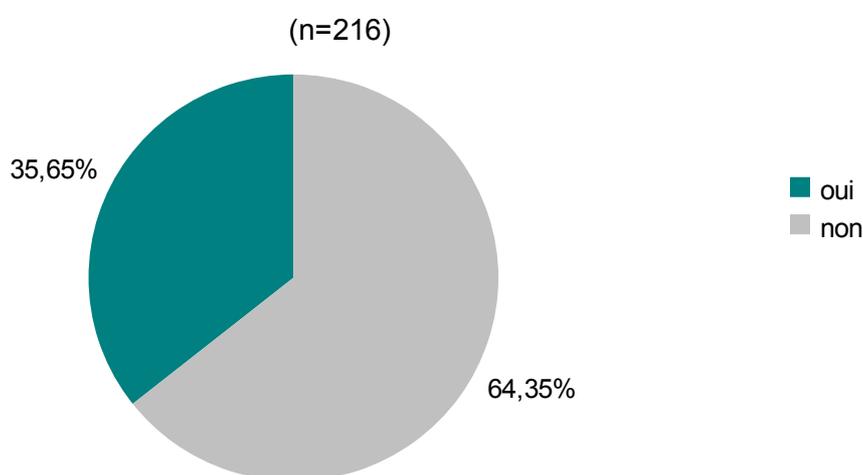


3.7.3. Formation actuelle (Question 25)

Cette question recueille les données de 216 médecins répondants, soit un taux de réponse de 93,10%.

Ainsi, à la question, la formation en Cancérologie délivrée par votre FMC est-elle adaptée et suffisante à votre pratique quotidienne, la majorité des médecins répond « non » : 139 (soit 64,35%). Par conséquent, 77 médecins répondent « oui » (soit 35,65%).

Votre FMC en Cancérologie est-elle adaptée et suffisante?



3.7.4. Formations à venir (Questions 26 et 27)

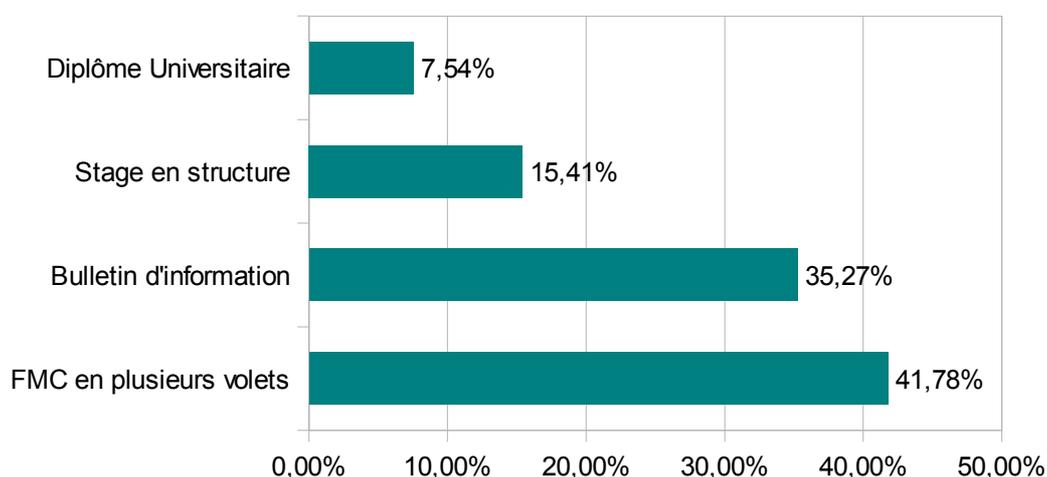
Pour la Question 26, 10 médecins n'ont pas répondu, soit un taux de réponse à cette question de 95,69%.

Les 222 médecins répondants s'expriment sur la pertinence des différentes formations proposées dans le questionnaire. A savoir, pour chaque formation, si celle-ci est intéressante à court terme ou à long terme. Les médecins avaient le choix de ne pas répondre pour certaine(s) formation(s) proposée(s), indiquant alors qu'ils trouvaient le type de formation pas pertinente du tout.

Concernant la formation jugée la plus pertinente à court terme, nous comptabilisons 292 réponses, réparties ici par ordre décroissant :

- 122 réponses en faveur d'une Formation Médicale Continue en plusieurs volets (soit 41,78%)
- 103 réponses en faveur d'un Bulletin d'information concis et reçu régulièrement, issu d'un travail entre généralistes et oncologues (soit 35,27%)
- 45 réponses en faveur d'un stage formateur en structure cancérologique (soit 15,41%)
- 22 réponses en faveur d'un Diplôme Universitaire ou Inter-Universitaire en Cancérologie (soit 7,54%)

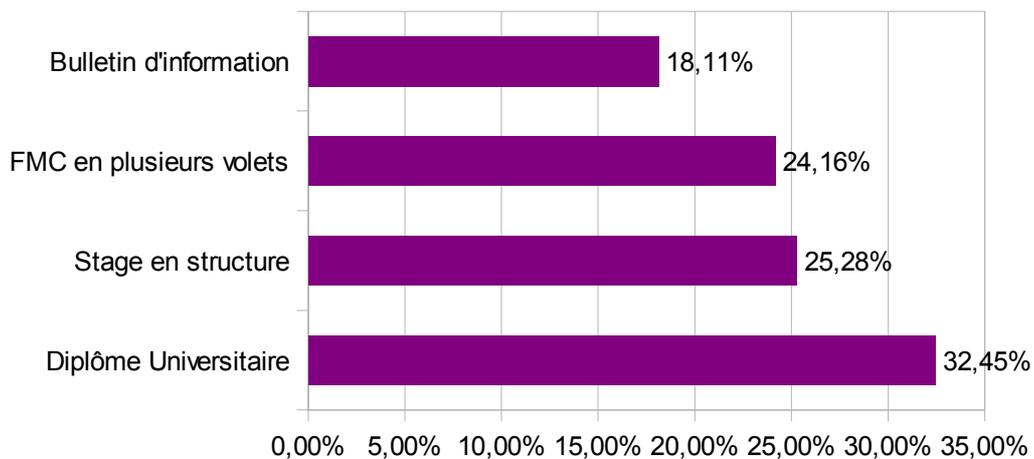
Formation la plus pertinente à court terme



Ensuite, concernant la formation estimée la plus pertinente à long terme, nous comptabilisons 265 réponses, réparties ici par ordre décroissant :

- 86 réponses en faveur d'un Diplôme Universitaire ou Inter-Universitaire en Cancérologie (soit 32,45%)
- 67 réponses en faveur d'un stage formateur en structure cancérologique (soit 25,28%)
- 64 réponses en faveur d'une Formation Médicale Continue en plusieurs volets (soit 24,16%)
- 48 réponses en faveur d'un Bulletin d'information concis et reçu régulièrement, issu d'un travail entre généralistes et oncologues (soit 18,11%)

Formation la plus pertinente à long terme

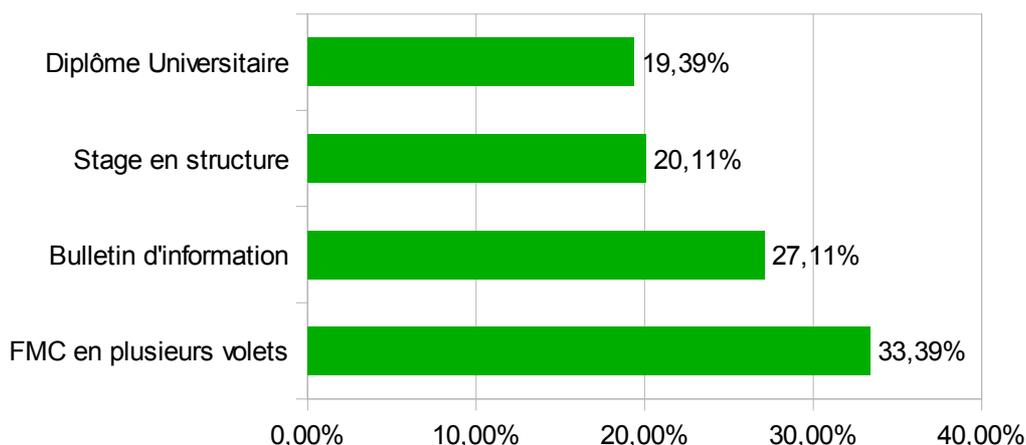


Si nous comptabilisons le nombre de réponses par type de formation proposée, en associant les réponses « court terme » (292) et les réponses « long terme » (265), nous pouvons observer les formations qui sont le plus plébiscitées par les médecins généralistes, dans l'absolu, sur les 557 réponses au total.

Ainsi, par ordre décroissant, nous pouvons voir :

- 186 réponses en faveur de la Formation Médicale Continue en plusieurs volets (soit 33,39%)
- 151 réponses en faveur d'un Bulletin d'information concis et reçu régulièrement, issu d'un travail entre généralistes et oncologues (soit 27,11%)
- 112 réponses en faveur d'un stage formateur en structure cancérologique (soit 20,11%)
- 108 réponses en faveur Diplôme Universitaire ou Inter-Universitaire en Cancérologie (soit 19,39%)

Formation la plus plébiscitée dans l'absolu



A présent, concernant la Question 27, nous exprimons les données de 229 répondants, soit un taux de réponse pour cette question de 98,70%.

Au sujet de leur formation en Cancérologie, quel qu'en soit le type, les médecins répondants expriment dans quels champs de connaissance ils préfèrent être formés. L'intérêt est de faire ressortir les 3 champs les plus plébiscités, parmi 7 proposés dans le questionnaire.

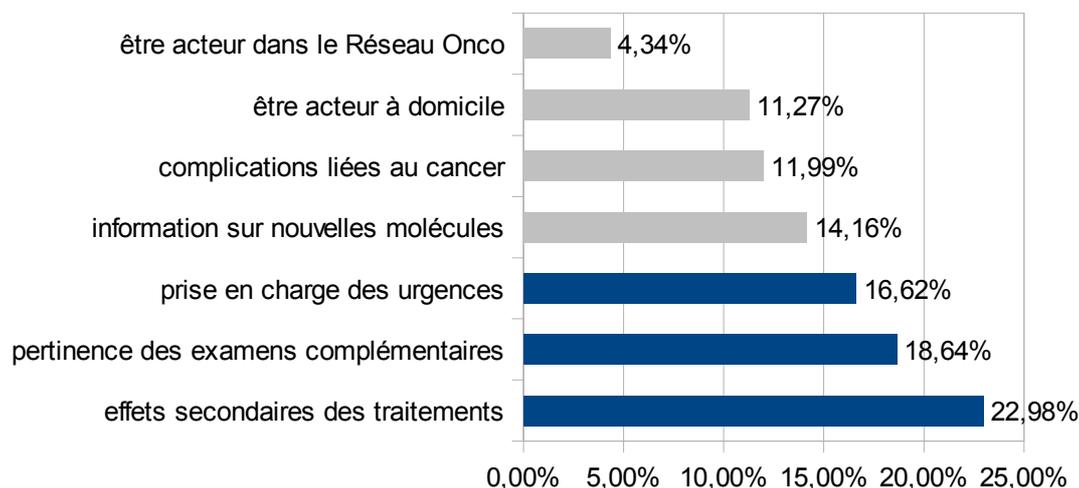
Les médecins répondants avaient la possibilité de cocher entre 1 et 7 des champs de connaissance proposés, en privilégiant 3 si possible.

Nous colligeons 692 données réparties de la manière suivante parmi les 7 champs de connaissance proposés, par ordre décroissant :

- 159 données en faveur des « effets secondaires des traitements anti-cancéreux » (soit 22,98%)
- 129 données en faveur de la « pertinence des examens complémentaires » (soit 18,64%)
- 115 données en faveur de la « prise en charge des urgences cancérologiques » (soit 16,62%)
- 98 données en faveur de « l'information sur les nouvelles molécules/techniques » (soit 14,16%)
- 83 données en faveur des « complications liées au cancer lui-même » (soit 11,99%)

- 78 données sur le sujet « être acteur des soins à domicile (seul ou via l'HAD) » (soit 11,27%)
- 30 données sur le sujet « être acteur dans le Réseau Onco » (soit 4,34%)

Les 3 champs de connaissance les plus plébiscités



Nous observons donc que les 3 champs de connaissance que les médecins généralistes préfèrent dans leurs formations futures sont : « effets secondaires des traitements liés au cancer », « pertinence des examens complémentaires » et « prise en charge des urgences cancérologiques ». Réunissant ainsi à eux 3 la majorité des réponses (58,24%).

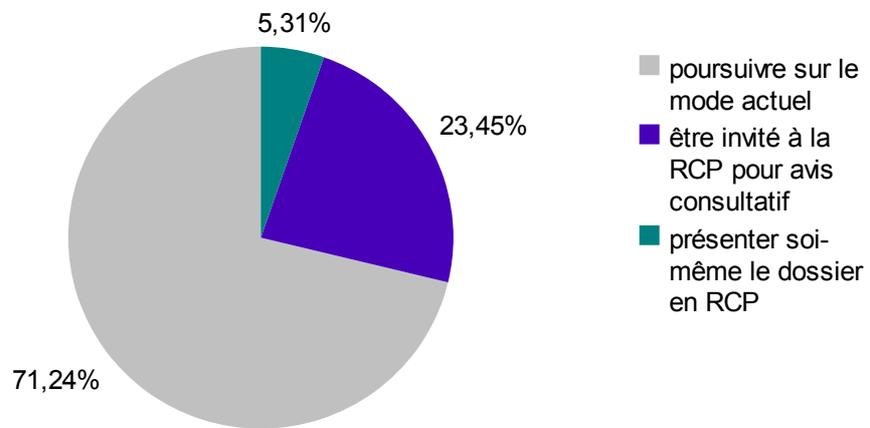
3.7.5. Implication des MG dans la RCP (Question 28)

Enfin, la Question 28 comprend 226 réponses sur 232, soit un taux de réponse de 97,41%.

Nous pouvons remarquer qu'une grande majorité des 226 répondants souhaite poursuivre sur le mode existant de l'organisation de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, en recevant le compte-rendu : 161 réponses (soit 71,24%). En revanche, 53 médecins souhaiteraient quant à eux être invités à la RCP pour donner un avis consultatif (soit 23,45%) et seulement 12 médecins aimeraient présenter eux-mêmes le dossier de leur patient à la Réunion (soit 5,31%).

Implication des MG en RCP

(n=226)



DISCUSSION

4. DISCUSSION

4.1 DISCUSSION DE LA METHODE

Cette enquête a eu pour but de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les médecins généralistes du Poitou-Charentes dans leur quotidien lorsqu'ils prennent en charge leurs patients atteints de cancer. Il s'agissait dans un second temps d'analyser comment ils perçoivent leur rôle auprès de leurs patients dans le maillage inter-disciplinaire de la Cancérologie, ainsi que d'entrevoir plusieurs perspectives pour affirmer ce rôle.

Les résultats présentés dans le chapitre précédent traduisent donc la façon dont les médecins généralistes se voient au sein de la prise en charge oncologique, comment ils prennent en charge leurs patients, s'organisent, communiquent et se forment. Nous organiserons alors la discussion de ces résultats en plusieurs chapitres, articulés autour de ces différents thèmes.

4.1.1. Taux de réponse

Notre travail a permis de recueillir 232 questionnaires sur 703, soit un taux de réponse de 33,00%. Nous pouvons le comparer à d'autres travaux de thèse (sur un sujet similaire et une méthodologie par questionnaire), représentés dans le tableau ci-dessous [88, 89, 94, 95] :

Auteur (Année)	Sujet	Détails du questionnaire	Taux de réponse
C. VIGNEAU (2005)	Le rôle des médecins généralistes face aux urgences des patients cancéreux	Par courrier postal : 49 groupes de données recueillis sur 115	42,60%
T. BOICHE (2005)	Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes	Par courrier postal, puis par téléphone : 35 groupes de données recueillis sur 132	26,51%
H. HILD (2008)	Implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients cancéreux et perspectives liées à la création des réseaux de Cancérologie	Par courriel avec accusé de réception : 27 groupes de données recueillis sur 159	16,98%
C. COURAUD-LAOUISSET (2010)	Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer	Sollicitation par téléphone puis courrier : 69 groupes de données recueillis sur 445	15,50%

Notre taux de réponse est honorable comparativement aux autres enquêtes citées plus haut, mais reste moins performant que les taux rencontrés lors des enquêtes téléphoniques habituelles (pouvant avoisiner généralement 80% selon les auteurs de ce type de travaux). Cependant, même si ces enquêtes téléphoniques possèdent un réel intérêt de spontanéité des réponses, elles peuvent a contrario freiner la réflexion souvent pertinente et plus facile à obtenir dans les enquêtes par questionnaire écrit (manuscrit ou via courriel).

La méthode de questionnaire envoyé par courriel a permis une rapidité de réponse aux questions et une facilité pour les répondants de retourner leur réponse (directement en fin de questionnaire). Ceci nous a permis d'obtenir un taux de réponse supérieur à la plupart des autres travaux au thème similaire, mais à la méthode différente (ainsi qu'un total de réponses plus important, 232). Car la participation à ce genre de travail est régulièrement considérée comme fastidieuse par les médecins généralistes. C'est pourquoi la méthode du questionnaire par courriel a été privilégiée pour notre travail.

En revanche, plusieurs facteurs peuvent expliquer que notre taux de réponse aurait pu être encore amélioré. Tout d'abord, il n'y a pas eu de relance faite aux non répondants du questionnaire ; cette proposition aurait permis de colliger davantage de données. Ensuite, parmi l'ensemble des courriels valides retenus, nous ignorions lesquels étaient inutilisés par les médecins, impliquant alors l'absence systématique de réponse à notre questionnaire. Autre facteur, l'absence de demande d'accusé de réception pour chaque envoi de questionnaire ne nous a pas permis de connaître les courriels inutilisés par les médecins, et donc certains non répondants ont été comptabilisés à tort.

4.1.2. Biais de sélection

Nous pouvons imaginer que les médecins ayant accepté de participer au questionnaire sont davantage intéressés par la Cancérologie ou même impliqués dans ce domaine, que ceux qui ont refusé. Ainsi, cela a pu provoquer une surestimation de certaines réponses.

Un autre biais a pu naître, si les médecins répondants sont ceux qui restent potentiellement intéressés par la réflexion sur les pratiques professionnelles. Sans compter les motivations plus personnelles de chaque médecin, à participer à ce travail.

En revanche, nous nous sommes attachés à ce que notre idée initiale de travail sur le département de la Vienne soit étendue à l'ensemble de la région Poitou-Charentes. Ainsi, nous obtenons une puissance statistique plus forte et un échantillon de répondants plus représentatif de l'ensemble des médecins généralistes français.

4.1.3. Biais d'une étude déclarative

L'ensemble des réponses recueillies pour ce travail sont purement déclaratives, ce qui constitue un biais évident et classique dans ce type d'enquête. En effet, chaque réponse déclarative de chaque médecin ne reflète pas forcément la réalité, en particulier pour ce qui concerne l'implication dans la formation médicale continue, les relations inter-professionnelles ou le nombre de patients suivis.

De plus, les réponses déclarées restent soumises à la subjectivité des médecins interrogés, ainsi qu'à la compréhension ou l'interprétation de certaines questions.

Enfin, si l'intitulé de certaines questions ou la définition de certaines notions ont été peu explicites, certaines réponses ont alors pu être biaisées à leur tour.

4.2 DISCUSSION DES RESULTATS

4.2.1. Caractéristiques des répondants

Nous avons recueilli les données de 232 médecins généralistes du Poitou-Charentes. Ce nombre permet de retrouver un groupe homogène et représentatif des généralistes de notre région, et par extension des généralistes en France.

En effet, concernant la répartition par sexe sur le territoire étudié (région Poitou-Charentes), les femmes représentent 38,4% des effectifs ^[21] et les hommes 61,6%. Ce qui est comparable à notre échantillon dans lequel le pourcentage de femmes est de 33,6% versus 66,4% pour les hommes.

Concernant la répartition géographique des médecins interrogés, nous observons des similitudes avec les données du travail du Dr ROMESTAING sur la Démographie Médicale en Poitou-Charentes en 2011 ^[21]. Hormis pour un des quatre départements. Effectivement, 17,25% des médecins du Poitou-Charentes exercent en Charente (18% dans notre étude) ; 17,5% exercent en Deux-Sèvres (13,4% dans notre étude) et 36,2% en Charente-Maritime (contre 34% dans notre enquête). En revanche, c'est bien pour le département de la Vienne que l'on note une différence nette : 28,3% des médecins du Poitou-Charente y exercent selon le travail du Dr ROMESTAING, contre 35,35% dans notre étude. Cette particularité découle non pas tant du nombre élevé de médecins participants issus de la Vienne que du fort taux de participation par rapport aux autres départements. L'écart est bien réel entre les médecins de la Vienne qui ont répondu à 44,32% alors que pour les trois autres départements la participation fluctue autour des 30%. Nous pouvons aussi expliquer cette sur-représentation des médecins de la Vienne par le fait qu'ils sont actifs et nombreux au sein du Réseau Onco Poitou-Charentes (et nous aurons l'occasion de le vérifier avec l'un des items qui suivront).

Ainsi, avant que les médecins généralistes soient adhérents systématiquement via l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) du Poitou-Charentes à la fédération des Unités de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie (UCPO), seuls étaient adhérents ceux qui souhaitaient s'impliquer. Les médecins de la Vienne en représentaient la majorité (71,43% en 2004), et encore aujourd'hui la moitié des médecins ayant le statut de Membre du Réseau Onco sont de la Vienne (3 sur 6). Il est donc possible que ce département soit davantage sensible aux enquêtes dont le thème est la Cancérologie.

En outre, la répartition des médecins répondants en fonction de leur année de thèse permet de retrouver des données sensiblement identiques à celle de l'âge des médecins généralistes (moyenne de 51 ans en Poitou-Charentes). Avec la grande majorité des généralistes qui se trouvait dans une fourchette entre 50 et 60 ans. Ce qui se corrobore logiquement avec le nombre d'années d'installation de nos médecins répondants où l'on trouve une grande majorité de médecins installés en libéral depuis plus de 20 ans (60,86%).

Concernant le mode d'exercice des médecins généralistes de notre enquête, ils exercent tous en secteur libéral (critère d'inclusion pour notre enquête). Nous observons qu'une très petite partie d'entre eux possède une activité mixte (3,04%) : c'est-à-dire une activité en Centre Hospitalier ou Clinique associée à une activité libérale dominante. Cette proportion est comparable à celle des travaux du Dr ROMESTAING en 2011 ^[21], qui retrouvait 4,70% des médecins ayant une activité mixte en Poitou-Charentes.

En outre, la majorité des médecins de notre région exerce en cabinet de groupe (63,04%). Cette évolution constante depuis de nombreuses années vers les cabinets de groupe peut s'expliquer par différentes raisons :

- la féminisation de la profession : les médecins femmes représentent 52% des nouveaux inscrits à l'Ordre des Médecins depuis 2010, dans notre région. Avec un profil fréquent d'exercice à temps partiel, l'organisation en cabinet de groupe s'adapte parfaitement à ce choix.
- les nombreux bassins de vie de notre région dont les médecins ont plus de 60 ans (par exemple le bassin de vie de Celles-sur-Belle), et qui voient plusieurs associations de groupe se créer entre un médecin qui partira bientôt à la retraite et un jeune médecin (qui s'installera progressivement).
- l'intérêt organisationnel et des échanges de pratique entre les médecins d'un même cabinet.
- l'intérêt des jeunes médecins installés pour les cabinets de groupe : la section santé publique et démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins a fait ressortir nettement cet intérêt chez les jeunes médecins qui se sont installés entre 2009 et 2010 (intérêt notamment lié à un état d'esprit de compagnonnage).

Il est plus que probable que l'activité en cabinet de groupe poursuive son ascension, à la vue des intérêts cités plus haut. Ceci s'inscrit tout à fait dans le rôle de coordination du médecin traitant, que nous développerons plus loin dans ce travail. Enfin, le développement du travail en cabinet de groupe pour les médecins libéraux fait partie de l'une des 20 propositions du rapport LEGMANN d'avril 2010 ^[20] (voir l'ANNEXE 7).

Concernant le lieu d'exercice des médecins répondants, nous pouvons observer une certaine homogénéité dans la répartition entre exercice rural, semi-rural et urbain. En effet, les trois lieux d'exercice représentent respectivement 34,35%, 35,65% et 30% des répondants. On peut noter toutefois une discrète dominante pour l'exercice en dehors de la ville. Notons que la notion de semi-rural reste subjective, et qu'elle peut être liée à un bassin de vie relativement urbain et dense en population. Malgré tout cette notion permet de préciser les zones de notre région Poitou-Charentes qui, même si elles ont une certaine proximité avec une ville (secteurs péri-urbains), n'en restent pas moins rurales.

Ainsi les données de notre travail qui objectivent que 70% des médecins exercent en milieu rural ou semi-rural rejoignent les données de l'INSEE de 2010 qui pointent 90% des bassins de vie du Poitou-Charentes comme ruraux. Ces 90% de bassins ruraux ne concentrant bien évidemment pas 90% des médecins généralistes. Car la concentration de ceux-ci en zone urbaine (liée aux pôles techniques et à la densité de population dans ces zones) permet de rétablir l'équilibre comparable à nos données. Cependant, cette proportion élevée de bassins ruraux dans notre région a un impact à prendre en compte dans la répartition des structures de santé.

D'autant plus que la majorité des médecins généralistes ayant répondu à notre enquête se situe entre 10 et 50km de la structure cancérologique la plus proche (54,35%). Si nous y ajoutons la proportion de médecins situés au-delà de 50km de la plus proche structure, nous arrivons à 66,96%. Cette particularité dans notre région n'est pas un cas unique sur le territoire français, mais doit être un argument moteur dans l'amélioration de l'offre de soins en Poitou-Charentes. En effet, en croisant ces données avec la répartition département par département, nous observons que la majorité des médecins situés au-delà de 50km de la structure la plus proche exercent en Deux-Sèvres (51,72%).

Ceci peut s'expliquer par le faible nombre d'établissements autorisés pour le traitement du cancer dans ce département ^[10] par rapport aux trois autres départements de la région. Seuls trois établissements existent en Deux-Sèvres, répartis sur Thouars et Niort, quand la Charente-Maritime compte 12 établissements, la Charente 7 et la Vienne 5 (voir l'ANNEXE 5).

4.2.2. Activité des répondants

Pour ce qui est du nombre de patients atteints de cancer suivis par chaque médecin généraliste, nos résultats retrouvent un groupe de médecins qui se détache et représente près de la moitié des répondants. Ce groupe correspond aux médecins qui suivent entre 10 et 30 patients atteints de cancer dans leur patientèle.

Ces données correspondent à celles mises en avant par les travaux de NGUYEN et al en 2011 ^[16], ainsi que celles données par l'Observatoire de la Médecine Générale en 2007 ^[15]. En effet, le nombre moyen de patients cancéreux suivis par médecin généraliste ne cesse de croître d'années en années (10,6 en 1997, 19,8 en 2007 et 22,9 en 2010). Cela est corroboré par l'enquête réalisée par la Ligue Contre le Cancer en 2010 auprès de 565 médecins généralistes ^[96], dans laquelle 65% des médecins interrogés affirment que « les cancers représentent une situation en forte progression dans leur activité ». Et nous le retrouvons dans nos résultats de la Question 9, où 70% des médecins généralistes estiment que leur activité oncologique est en hausse depuis le début de leur installation (soit en augmentation soit en forte augmentation). Plusieurs explications peuvent être avancées sur ce point :

- la progression constante du nombre de nouveaux cas de cancer par an (progression de 14,7% en 5 ans).
- l'augmentation de la survie des patients atteints de cancer liée aux progrès thérapeutiques et de qualité de vie, augmentant ainsi leur durée de suivi par le médecin généraliste.
- le vieillissement de la population, augmentant de fait le nombre de patients cancéreux (la majorité des patients atteints de cancer ayant plus de 55 ans).

- le meilleur dépistage, permettant la découverte plus précoce des cancers et augmentant ainsi le nombre de patients suivis par leur médecin généraliste.
- la majoration artificielle de l'activité cancérologique des médecins répondants, en raison de la complexité et de la lourdeur que représente ce type de prise en charge pour les médecins généralistes.

En dehors du groupe principal de médecins suivant entre 10 et 30 patients atteints de cancer, nous nous sommes penchés sur l'un de nos résultats à cette Question 9 qui permet de faire ressortir une notion intéressante en Poitou-Charentes : près de 1 médecin répondant sur 5 suit un nombre de patients cancéreux supérieur à 30. Nous avons tenté de cibler davantage le profil de ce groupe de médecins (en croisant ce groupe avec les données d'autres items du questionnaire), et nous objectivons alors les deux particularités suivantes :

- la grande majorité de ces médecins exerce depuis plus de 20 ans : 77,5%
- la grande majorité de ces médecins exerce dans un bassin de vie rural : 80%

On peut effectivement comprendre que les médecins ayant une plus grande expérience et implantés durablement dans un bassin de vie soit plus impliqués dans le domaine de la cancérologie et prennent en charge davantage de patients atteints de cancer que les médecins récemment installés. De plus, les médecins exerçant dans des bassins de vie ruraux sont confrontés plus souvent à une population vieillissante ou à une population plus importante en nombre par rapport aux médecins exerçant en milieu urbain. En outre, le réseau de soutiens moins dense en milieu rural qu'en milieu urbain, donne l'occasion aux médecins généralistes « ruraux » d'avoir une implication plus marquée auprès de leurs patients atteints de cancer, puisqu'ils ont moins l'opportunité d'orienter ceux-ci vers d'autres partenaires de santé.

4.2.3. Rôles du Médecin Généraliste

4.2.3.1. Rôles à travers les mesures du Plan Cancer 2009-2013

Le Plan Cancer 2009-2013 a voulu replacer fortement le médecin généraliste au cœur du dispositif de prise en charge des patients atteints de cancer (voir l'ANNEXE 8). La notion centrale dans ce domaine c'est l'implication. Comment et à quel niveau chaque praticien de médecine générale se sent-il impliqué au sujet des mesures du Plan Cancer 2009-2013 ?

Nous pouvons interpréter comme une réelle implication les médecins ayant répondu « concerné » ou « très concerné » à nos différentes propositions. Parmi les différentes mesures de ce deuxième Plan Cancer que nous avons proposées, la grande majorité des médecins interrogés s'est dite concernée ou très concernée pour 4 mesures des 6 présentées (près de 90% à chaque fois) : M10.2 (l'aide au sevrage tabagique), M 11.6 (l'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool), M 16 (s'impliquer dans les programmes nationaux de dépistage) et M 18 (personnaliser la prise en charge et renforcer le rôle du médecin traitant).

Ces résultats sont comparables à ceux de l'enquête de la Ligue Contre le Cancer de 2010 ^[96] où « les médecins s'impliquent pleinement dans la prévention et le dépistage des cancers ».

A travers ces 4 mesures proposées dans le questionnaire, nous pouvons voir que le médecin généraliste pense et souhaite occuper une place centrale dans la prise en charge et le suivi de ses patients atteints de cancer. Et ce dans chaque étape de la maladie, comme nous le verrons plus loin à travers : le dépistage, l'annonce diagnostique, l'orientation, la coordination ou l'accompagnement en phase terminale.

En revanche, 2 mesures du Plan Cancer sont moins plébiscitées par les médecins généralistes : M 13.1 (améliorer le taux de couverture vaccinal contre le HPV) et M 17 (assurer une veille scientifique pour la détection précoce des cancers). La majorité des médecins généralistes répondants se sent bien entendu impliquée, mais à un degré moindre que pour les autres mesures : 81,39% pour la mesure M 13.1 et 69,87% pour la mesure M 17.

On voit à travers ce panel de mesures que les médecins généralistes ont une affinité plus grande pour l'aide personnalisée de chaque patient, que pour l'amélioration de pratiques ou la veille scientifique. Ceci peut s'expliquer par la forte relation qu'ils ont avec leurs patients au fil des années et l'ancrage qu'ils gardent dans leur bassin de vie. Il s'agit pour le médecin traitant de « rendre le patient acteur de sa maladie » ^[35], afin que chaque étape de la maladie soit optimisée et garde du sens et de l'humain.

4.2.3.2. Rôles à travers les différentes étapes de la maladie

Afin de poursuivre sur les rôles du médecin généraliste lorsqu'il prend en charge un patient atteint de cancer, nous avons complété les mesures du Plan Cancer 2009-2013 en demandant aux médecins généralistes à quel point chaque étape de la maladie était importante à prendre en charge pour eux. Dans l'ensemble des items, la majorité des médecins est « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec le fait que chaque étape de la maladie s'inscrit dans le rôle du médecin traitant.

Cependant, certaines différences sont visibles. Les étapes les plus plébiscitées par les médecins répondants sont : « prévention et dépistage », « diagnostic précoce », « orientation vers structure/oncologue », « suivi au long court » et « accompagnement en période terminale » avec un taux avoisinant les 100% à chacun des ces items. Alors que pour d'autres items, même si la grande majorité des médecins généralistes interrogés les approuve, nous observons un discret décrochage de l'implication avec un taux avoisinant les 90%. On note ainsi un discret décalage mais qui a du sens pour les items « annonce diagnostique » et « coordination ».

Nous commencerons donc notre réflexion avec l'item qui se place en haut des priorités pour les médecins traitants : l'étape « prévention et dépistage » dont 71,31% des médecins ont répondu « tout à fait d'accord » (et 28,26% ont répondu « d'accord », soit 99,57% en tout). Ce taux de réponse s'inscrit avec les résultats précédemment cités sur l'implication des médecins généralistes par rapport aux mesures du deuxième Plan Cancer. Le travail réalisé par DAGADA et al en 2003 ^[97] reprend l'importance de la prévention et du dépistage pour le médecin généraliste, et souligne l'amélioration de leur formation dans ce domaine. La pertinence de cette étape a même déjà fait évoquer une tarification adaptée à ce type de consultations dans le rapport d'information de ML NEURWIRTH en 2001 ^[98].

L'étape du diagnostic précoce est aussi un moment où les médecins généralistes trouvent leur rôle prépondérant (à 99,13%). Ce qui explique certainement que la France soit (avec la Suède) le pays d'Europe où le diagnostic du cancer s'effectue le plus précocement selon le Rapport de la Commission d'Orientation sur le Cancer de 2003 ^[8]. La participation des médecins libéraux, généralistes comme spécialistes, au diagnostic précoce des cancers y est décrite comme « l'une des grandes forces de notre système de santé ». Cette particularité naît des efforts et d'une dynamique mis en avant depuis plusieurs décennies, les travaux de HOERNI et al de 1983 ^[9] montraient même que « les généralistes par rapport aux oncologues se montrent plus confiants dans le diagnostic précoce ».

Cependant, même si le diagnostic précoce est très accessible en France, il existe encore des disparités dans le recours. Ce sont ces types d'inégalités persistantes qui motivent le Plan Cancer 3 et la lutte contre ces inégalités semblent être l'axe principal de ce nouveau plan.

En outre, l'autre étape fortement plébiscitée par les médecins répondants (à 98,70%) est la phase de la maladie où il devient nécessaire « d'orienter vers la structure et/ou l'oncologue ». Nous aurons l'occasion de revenir plus en détail sur les relations entre médecin traitant et oncologue(s) dans un des chapitres suivants, mais il est évident que cette phase reste l'une des plus délicates pour le médecin traitant. Il se sent réellement impliqué dans ce rôle d'orientation comme le montrent nos résultats, cependant c'est l'étape qui introduit les soins spécifiques et où de nombreux généralistes se sentent mis à l'écart de la prise en charge. En effet, l'enquête de la Ligue Contre le Cancer en 2010 ^[96] met en lumière que les généralistes « regrettent une certaine forme de captation de leur patient par l'équipe spécialisée qui le prend en charge ».

Ce sentiment peut être lié à deux situations, concomitantes ou non : une mauvaise communication entre généraliste et oncologue, et un manque d'assurance du généraliste dans sa capacité à se définir un rôle précis lors de cette étape (manque de confiance, peur de perdre le soutien de l'oncologue, sentiment de connaissances inadéquates).

Malgré tout, il est primordial que le médecin traitant sache laisser de l'espace à l'oncologue afin que le temps des soins spécifiques soit optimisé. Je pense que les liens intenses de confiance et de reconnaissance qui naissent chez les patients envers leur oncologue ^[95] sont tout à fait compréhensibles. C'est en fait un atout dans cette phase de la maladie et cela ne devrait pas être mal vécu par le médecin traitant. Au contraire, c'est par l'amélioration de la communication entre ces deux pôles (que sont le médecin traitant et l'équipe oncologique) que cette étape devient performante, et non clivante.

Le PRC du CHU de Poitiers a par exemple mis en place pour l'étape des soins spécifiques un classeur donné au patient où toutes les informations liées à son traitement anti-cancéreux sont présentes (bilans biologiques, coordonnées des équipes soignantes et des oncologues impliqués, déroulement chronologique des cures de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, fiches informatives, etc). Ce classeur devient un outil pour le médecin généraliste dans la compréhension de cette étape et pour le suivi dans la durée. Il est aussi un lien entre le médecin traitant et l'équipe oncologique.

La quatrième étape fortement plébiscitée par les médecins interrogés dans nos résultats est alors celle du « suivi au long cours ». Cela est rejoint par l'avis des patients eux-mêmes pour lesquels leur médecin traitant possède un rôle à chaque étape de la maladie, mais plus particulièrement dans le suivi à long terme. Nous le retrouvons ainsi dans le travail de M. AUBIN et al en 2010 au sujet de l'avis des patients dans le rôle de leur médecin traitant pour leur cancer pulmonaire ^[95]. Ce travail met en avant le fait que le médecin traitant est ainsi sollicité très fréquemment après chaque consultation chez l'oncologue, pour débriefing. Mais il est aussi sollicité entre chaque consultation spécialisée que ce soit pour la gestion de complications (liées au traitement ou au cancer lui-même), ou que ce soit pour des problèmes de santé non liés au cancer. C'est ce suivi constant et cette confiance donnée qui sont fortement ancrés dans la pratique de médecine générale.

De plus, en région Poitou-Charentes, a été créé le suivi alterné (sous la direction de l'UCPO). Le suivi alterné permet aux médecins traitants qui le souhaitent de participer au suivi post-thérapeutique de leurs patients en réalisant une consultation de suivi en alternance avec l'oncologue référent. Nous pouvons penser également qu'un autre élément deviendra de plus en plus pertinent pour le suivi au long cours des patients atteints de cancer : le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC). Il permet de partager les données médicales entre les professionnels hospitaliers et le médecin généraliste ^[42], comme souligné dans la mesure 18.3 du Plan SARKOZY et la mesure 34 du Plan Chirac. Via le DCC, le médecin traitant peut accéder aux fiches de RCP, aux différents compte-rendus (opératoires et anatomo-pathologiques), et aux recommandations de bonnes pratiques cliniques. Tous ces outils facilitent donc le rôle du médecin traitant dans le suivi au long cours de ses patients et l'importance de ce rôle a de nouveau été évoqué par le Dr A. BUZYN (qui dirige l'INCa) en novembre 2012 ^[43], préfigurant ainsi le prochain Plan Cancer 2014-2018.

Puis, la cinquième étape fortement plébiscitée est celle de « l'accompagnement en période terminale ». Les médecins généralistes se sentent régulièrement en difficulté lors de cette phase comme l'explique K. BRAZIL en 2010 dans son étude sur les soins de support en cancérologie ^[90] avec la notion récurrente de « feeling unsure ». Mais cette étape difficile pour les médecins traitants reste une étape où ils souhaitent avoir un rôle prépondérant, par leurs compétences et par le management des autres partenaires lorsque leurs compétences sont dépassées.

A présent, décrivons les 2 étapes où l'on voit dans nos résultats un léger décalage par rapport aux 5 étapes citées ci-dessus. Ces 2 étapes restent importantes pour les médecins généralistes interrogés car nous recueillons une majorité d'avis favorables (« d'accord » et « tout à fait d'accord »), mais nous constatons un écart intéressant par rapport aux autres étapes précédentes.

Tout d'abord, l'étape de « l'annonce diagnostique » (88,74% d'avis favorables et 11,26% d'avis défavorables) qui semble délicate pour les médecins traitants. Certains médecins répondants à notre étude sont en effet « pas d'accord » et estiment que le temps de l'annonce est du rôle de l'oncologue, ou du moins doit être organisée par la structure spécialisée. L'importance à accorder au temps de l'annonce initiale a été légitimée dès le premier Plan Cancer ^[3].

Ce temps de l'annonce a un impact certain sur les individus en interaction à ce moment. De plus, elle prend une signification très différente pour le patient qui la reçoit et pour le médecin qui la délivre. Elle nous oblige alors à nous interroger sur les mécanismes qui sous-tendent la relation médecin-malade (très déséquilibrée à ce moment de la maladie grave).

C'est sans doute pour cette raison qu'une partie des 232 médecins répondants a exprimé ne pas être à sa place dans ce temps de l'annonce. Ce sentiment de difficulté est retrouvé dans l'étude récente de M-J JOHANSEN de septembre 2012 ^[56] qui évoque « the fear of cancer » pour les deux parties du binôme médecin-patient. Il est possible aussi que cette réticence retrouvée dans nos résultats soit liée à la crainte de « mal dire » ou « de ne pas avoir assez dit » lors de l'annonce, ce qui représente la plupart des contentieux entre malades et médecins ^[57].

En outre, pour la majorité des autres médecins interrogés, il semble que réussir ce moment fort sur le plan relationnel s'avère une aide certaine pour la suite de la prise en charge. Comme le souligne S. DOLBEAULT dans son travail sur l'annonce en 2010 ^[58] : l'annonce « représente un véritable acte thérapeutique en elle-même ».

Enfin, l'étape « coordination » a, elle aussi, recueilli moins d'avis favorables (87,45% et 12,55% d'avis défavorables). Même si le Plan Cancer 2009-2013 exprime l'importance de cette notion pour le médecin traitant, il est vrai aussi que la convergence de multi-intervenants aussitôt l'annonce diagnostique faite, peut rebuter certains médecins généralistes. Un des enjeux de la coordination est de permettre aux différents professionnels (impliqués auprès du patient cancéreux) de se répartir les tâches et de se transmettre les informations. Il est donc compréhensible que cette phase de la maladie cancéreuse ait moins d'intérêt pour certains médecins interrogés dans notre enquête, car cette phase de coordination peut ne pas convenir à certaines visions de la médecine générale ou à certains types d'organisation au quotidien. Ce qui est demandé au médecin traitant à travers la coordination c'est donc de :

- bien connaître le rôle de chacun des intervenants
- répartir les tâches
- colliger les différentes informations
- savoir les retransmettre aux autres professionnels
- réussir à amoindrir les oppositions éventuelles entre les différents champs d'intervention pour préserver la qualité de vie du patient

Ce challenge de la coordination reste malgré tout bien assumé par la plupart des médecins traitants, ce que l'on retrouve aussi dans les travaux de K. BRAZIL en 2010 ^[90] où la majorité des médecins généralistes dit comme dans notre enquête « vouloir assumer ce rôle » et où les patients leur donnent justement une grande importance. L'une des clés à l'optimisation de la coordination sera peut être le travail en cabinet de groupe pour les médecins généralistes qui le souhaitent, afin de créer des relais entre chaque médecin et de potentialiser les compétences souvent complémentaires.

4.2.4. Difficultés rencontrées

4.2.4.1. Dans la prise en charge du patient atteint de cancer

Concernant les difficultés que rencontrent le plus souvent les médecins généralistes auprès de leurs patients atteints de cancer, nos résultats font émerger 3 écueils principaux :

- le « manque de temps à consacrer »
- le « manque de formation en Cancérologie »
- la « lourdeur de la charge morale »

En revanche, nous observons que l'accès aux lits d'hospitalisation et la distance parfois importante avec une structure cancérologique (par exemple pour le département des Deux-Sèvres) ne sont pas les difficultés les plus importantes dans le quotidien des médecins généralistes interrogés.

Nos résultats sont comparables aux travaux de T-D NGUYEN et al ^[16] en 2010 qui retrouvent les 3 mêmes difficultés principales (enquête inter-régionale auprès de médecins généralistes de l'Aisne et de la Champagne).

Ainsi, le « manque de temps » est la difficulté la plus citée parmi les 232 médecins répondants à notre travail. Cette problématique du temps consacré à ce type de patients est récurrente. En effet, la disponibilité inhérente à la prise en charge des patients cancéreux est un facteur compliqué dans la pratique quotidienne en médecine générale. Plus que pour tout autre pathologie chronique, la situation complexe cancérologique exige beaucoup d'investissement et d'énergie de la part du médecin traitant.

D'ailleurs, les travaux de L. BURRIDGE et al en 2011 ^[75] montrent à quel point les patients se rendent compte du caractère fortement chronophage de la prise en charge cancérologique. Plusieurs axes de réflexion pourraient être évoqués face à ce problème majeur et redondant :

- augmentation des situations de travail en cabinet de groupe
- développement de la collaboration avec les réseaux
- transfert de tâches et de compétences vers les partenaires para-médicaux

A travers cette notion très fréquente de « manque de temps » se dessine depuis quelques années la demande d'une rémunération adaptée de la part des médecins traitants. Effectivement, le temps passé avec le patient reste important, mais le travail réalisé en dehors des consultations devient lui aussi chronophage (tâches administratives, prise d'informations et/ou de conseils auprès des spécialistes, coordination des différents partenaires para-médicaux, mise à jour du dossier médical, etc) et est à ce jour non rémunéré. Cette attente est retrouvée chez environ un médecin sur deux, notamment dans les travaux de C. VIGNEAU et de C. COURAUD-LAOUISSET ^[88, 100].

Certains médecins proposent alors une rémunération au forfait lorsqu'ils prennent en charge leurs patients atteints de cancer. Cette alternative semble en effet intéressante face à un paiement à l'acte souvent gênant devant la récurrence des interventions auprès des patients cancéreux. La rémunération au forfait était d'ailleurs évoquée en 2003 dans le Rapport de la Commission d'Orientation sur les Cancers ^[8].

Ensuite, la deuxième difficulté relevée le plus souvent par les médecins répondants à notre enquête est le « manque de formation en Cancérologie ». Nous aurons l'occasion d'analyser plus précisément cette difficulté dans un chapitre suivant tant il est vrai que la formation est l'un des enjeux importants en Cancérologie. Ce manque de formation (initiale et/ou continue) est à l'origine selon R. McWHINNEY et al ^[92] du manque de confiance progressif du médecin généraliste vis-à-vis de sa capacité à prendre en charge ses patients atteints de cancer.

Puis, la troisième difficulté principale citée par les médecins interrogés est la « lourdeur de la charge morale ». En effet, comme le précise C. DAGADA en 2003 dans son étude en Aquitaine ^[97], la prise en charge de cancer est un investissement moral et psychologique que tous les médecins ne sont pas prêts à assumer. J'ajouterai que cette problématique concerne aussi bien les médecins qui l'assument que ceux que l'on pourrait qualifier de « moins concernés », plutôt que de les décrire comme n'assumant pas. Car le renoncement et l'angoisse de ne pas pouvoir soulager les patients s'opposent fréquemment aux motivations qui ont conduit les praticiens à pratiquer la médecine générale.

Il s'agit alors souvent de tenter de surpasser ce sentiment d'impuissance afin d'aider le patient atteint de cancer, et cela sans se perdre soi-même. Il y a l'image en miroir lors de la prise en charge cancérologique, le concret de notre propre vulnérabilité, ainsi que nos angoisses toutes personnelles vis-à-vis de la mort. Cette prise de recul n'est pas toujours évidente, d'autant que la réalité des situations de vie (avec la souffrance des malades et de leur entourage) nous rattrape inmanquablement et peut devenir phagocytant sur le plan émotionnel.

La lourdeur de la charge morale est prépondérante tout d'abord dans l'annonce diagnostique, pendant laquelle le médecin généraliste accompagne le patient. Il tente ainsi de soutenir l'annonce de la maladie, de se rendre davantage disponible et à l'écoute du patient mais aussi de son entourage. La mise en place du dispositif d'annonce depuis les Etats Généraux du Cancer en 1998 a permis davantage « d'humanité et [...] qualité de soins » ^[35].

La deuxième étape de la prise en charge cancérologique, qui est affectivement difficile pour les médecins traitants, est l'accompagnement en période terminale (et notamment à domicile). Ici, le cadre thérapeutique classique est rapidement dépassé par la nécessité d'apporter de larges compétences techniques, mais aussi humaines. L'enquête réalisée par la Ligue Contre le Cancer en 2010 affirme que 72,8% des médecins généralistes ressentent souvent ou occasionnellement le besoin d'un soutien psychologique pour eux-mêmes. En outre, derrière cette lourdeur de la charge morale souvent citée par les médecins interrogés dans notre enquête, ne pourrait-on pas y voir une perte de confiance chez les médecins traitants comme l'évoquait aussi R. McWHINNEY et al ^[92] ? Quoi qu'il en soit, identifier ses propres émotions de médecins et apprendre à connaître le ressenti des patients peut aider à mieux gérer ces situations, mais cela s'avère complexe et épuisant.

Nous terminerons cette partie sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients en indiquant les 3 problèmes principaux évoqués par les médecins généralistes interrogés. Ces 3 problèmes les plus difficiles vis-à-vis des patients sont :

- la gestion des complications (liées au cancer et liées au traitement anti-cancéreux)
- la prise en charge de la période terminale
- l'information à faire sur les différentes possibilités thérapeutiques

On voit ainsi que ces 3 problèmes rejoignent les 3 difficultés de départ, et restent liés à l'implication complexe et éprouvante de tout médecin vis-à-vis du cancer (généralistes et oncologues). Le problème lié à l'information que le médecin traitant est amené à faire à son patient sur les différents traitements possibles introduit inexorablement le sujet délicat de la formation des médecins généralistes en Cancérologie. Nous prendrons le temps de développer ce sujet dans un chapitre suivant.

Enfin, parmi les problèmes peu cités par les médecins répondants nous retrouvons : « faire accepter un traitement » et « annoncer le diagnostic ». Nous pouvons corrélérer ce dernier avec les résultats sur l'annonce diagnostique vus plus haut. Ainsi, les médecins généralistes qui s'impliquent dans l'annonce diagnostique ne semblent pas évoquer de problème particulier pour cette étape, et ceux qui souhaitent ne pas réaliser cette étape (comme vu plus haut dans nos résultats) ne semblent pas gênés non plus par ce problème, sans doute parce qu'ils délèguent l'annonce diagnostique à l'oncologue référent, ou plus largement à la structure spécialisée en Cancérologie.

4.2.4.2. Particularités des urgences cancérologiques

Les urgences cancérologiques font partie intégrante de la prise en charge médicale des patients atteints de cancer. Il est certain que c'est l'une des étapes, récurrente ou non, qui met réellement en difficulté le médecin traitant. Que ces difficultés soient liées à la prise en charge technique (souvent possible qu'en structure) ou qu'elles soient liées à des décisions très spécialisées (amenant le médecin traitant à travailler en équipe : à domicile ou via les structures de soins).

Nous avons demandé aux médecins de notre enquête quelle type de décision ils prenaient en première intention lors d'une urgence cancérologique. Nous remarquons ainsi que 2 décisions sont peu souvent prises et que 2 autres sont bien plus fréquemment évoquées.

Les 2 décisions que les médecins répondants prennent le moins souvent face à une urgence cancérologique sont :

- « solliciter les lits de régulation ville-hôpital » (ou lits d'urgence annoncée)
- « gérer en ambulatoire (seul ou en réseau) »

Pour ce qui est de l'utilisation des lits de régulation ville-hôpital, la majorité (54,22%) des médecins interrogés dit ne jamais y penser ou rarement. L'analyse département par département de notre travail permet de voir que ce sont surtout les départements des Deux-Sèvres et de Charente-Maritime qui utilisent peu les lits d'urgence annoncée.

Le dispositif des lits d'urgence annoncée en Cancérologie est récent et sans doute encore peu connu des médecins traitants. Malgré tout, le manque de lits d'hospitalisation est un problème souvent cité dans plusieurs études antérieures à la mise en place du dispositif des lits d'urgence annoncée [88, 89, 101]. Alors que dans les résultats de notre enquête, le manque de lits d'hospitalisation en région Poitou-Charentes est une des difficultés la moins fréquemment évoquée par les médecins généralistes interrogés. Nous pouvons ainsi penser que, même si les lits d'urgence annoncée existent depuis peu de temps, leur impact semble être déjà intéressant.

Puis, pour ce qui est de la gestion en ambulatoire des urgences cancérologiques, la majorité des médecins interrogés (55,31%) dit également ne jamais y penser ou rarement, notamment pour le département de la Charente-Maritime. En revanche, un département se détache des autres en utilisant très fréquemment cette option de la gestion ambulatoire (seul ou en réseau) : c'est le département des Deux-Sèvres. Nous pouvons corréliser cette particularité sans doute avec le fait que la majorité des médecins situés à plus de 50km de la structure la plus proche se trouve dans ce département (vus plus haut dans nos résultats).

Ensuite, les 2 décisions que prennent le plus souvent les médecins traitants face à une urgence cancérologique sont :

- « solliciter le Service d'Accueil des Urgences Générales »
- « contacter l'oncologue référent »

Pour ce qui est de la sollicitation du Service d'Accueil des Urgences Générales, la majorité des médecins traitants (64,04%) dit y recourir fréquemment ou très fréquemment. Les quatre départements étudiés dans notre travail ont sensiblement les mêmes résultats concernant cette sollicitation. En effet, les services d'urgences générales ont pour rôle d'accueillir, en continu et sans sélection, toute personne en situation d'urgence et notamment en cas de détresse vitale.

Malheureusement, ce rôle premier d'assurer la permanence des soins est bien souvent relégué au rôle de pallier certains dysfonctionnements dans l'organisation des soins (par manque de moyens à domicile, par manque de lits d'hospitalisation, par manque de temps pour gérer les complications en ambulatoire, etc). La mise à disposition de tout un plateau technique par les services d'urgences générales et l'implication des urgentistes quelle que soit la pathologie abordée restent déterminants, mais mériteraient d'être repensés en ce qui concerne l'oncologie.

En effet, dans la plupart des situations cancérologiques, les services d'urgences générales semblent peu adaptés pour proposer les prises en charge globales et continues inhérentes aux pathologies cancérologiques. Comme le souligne le travail de C. VIGNEAU en 2005 ^[88], « leur place devrait se limiter à la prise en charge des seules urgences vitales » des patients atteints de cancer, et non pas les situations intercurrentes fréquentes chez ces patients.

En outre, l'idée d'un médecin oncologue attitré aux services des urgences générales ne semble pas d'une pertinence majeure car le passage des patients cancéreux aux urgences générales reste très court et la fréquence de passage de ces patients est faible aux urgences générales.

Afin d'améliorer les prises en charge et d'éviter le plus possible l'orientation des patients cancéreux vers les Services d'Accueil des Urgences Générales, les pistes intéressantes sont aussi celles qui restent les plus redondantes depuis le premier Plan Cancer : augmenter le nombre d'oncologues, augmenter le nombre de lits d'hospitalisation en Cancérologie (et notamment le nombre de lits d'urgence annoncée), pallier le manque de moyens pour les prises en charge des patients à domicile.

Ensuite, lors d'une urgence cancérologique, la décision la plus souvent prise par les 232 médecins répondants à notre enquête est de contacter l'oncologue référent. La majorité (75,32%) dit y recourir fréquemment ou très fréquemment, et nous observons que les médecins du département de la Charente sont ceux qui y pensent le plus. Nous aborderons un peu plus loin dans ce travail l'importance que peut et doit avoir la relation entre les médecins traitants et les oncologues dans le bon fonctionnement de la prise en charge des patients.

Enfin, nous avons proposé aux médecins répondants d'indiquer quelles autres décisions ils étaient amenés à prendre face à une urgence cancérologique. Cette question ouverte de notre questionnaire n'a recueilli que 4,31% de réponses, dont la moitié est hors-sujet par rapport à la question posée. Parmi les réponses pertinentes à cette question, nous relevons que les autres attitudes possibles adoptées par les médecins répondants sont :

- l'appel du SAMU
- la collaboration avec les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)
- le libre choix du patient (après explications données des différentes possibilités)

Nous pouvons ainsi rapprocher « l'appel du SAMU » avec la sollicitation du Service d'Accueil des Urgences Générales et la collaboration avec « l'EMSP » avec la gestion ambulatoire en réseau.

Dans ce cas, nous pouvons évoquer 3 raisons au très faible taux de réponse à cette question :

- la plupart des décisions possibles étaient déjà présentes dans le questionnaire, et en trouver d'autres devenait peut-être compliqué pour les médecins répondants
- un manque d'intérêt pour la question
- un manque d'envie ou de temps pour répondre à une question ouverte

Lors de la phase de test du questionnaire, le nombre faible de question(s) ouverte(s) dans notre questionnaire avait été évoqué. Nous pouvons remarquer ici que l'intérêt de telle(s) question(s) dans ce type de questionnaire est très faible car très peu plébiscitée(s) par les médecins interrogés (4,31% dont la moitié hors-sujet). Il est évident que notre questionnaire reste perfectible, mais la forme qui lui a été donnée permet d'avoir un taux de réponse intéressant tout en gardant un ensemble précis d'items. Ces particularités des questionnaires « en ligne » mériteront d'être confrontées à d'autres travaux identiques dans la méthode, dans les années à venir.

4.2.4.3. Rapports avec les partenaires

Dans la suite de notre travail, nous avons demandé aux médecins avec quels partenaires ils pensaient jouer un rôle central et constructif lorsqu'ils étaient face aux difficultés précédemment citées.

Parmi les différents partenaires médicaux et para-médicaux proposés, celui qui est le plus plébiscité par les médecins traitants est l'oncologue référent (et par extension le service spécialisé d'Oncologie). Ensuite, viennent les équipes d'Hospitalisation à Domicile (HAD), puis les Equipes de Soins Palliatifs.

De même, lorsque nous demandons aux médecins traitants avec quel partenaire ils souhaiteraient avoir encore plus d'échanges de travail, ils répondent à nouveau l'oncologue référent. La place de l'oncologue en tant que partenaire est donc primordiale du point de vue des généralistes interrogés. Parmi les autres partenaires existants proposés, viennent en deuxième position les Equipes de Soins Palliatifs et en troisième position les équipes d'Hospitalisation à Domicile (HAD).

On remarque donc que les trois partenaires qui ont une place de choix dans l'organisation de la prise en charge pour les généralistes, sont aussi ceux avec lesquels les généralistes souhaitent poursuivre des échanges encore plus poussés, encore plus constructifs.

En outre, pour l'ensemble des 232 médecins interrogés, concernant les autres partenaires existants, ce sont les partenaires psycho-sociaux et le réseau Onco Poitou-Charentes qui sont relégués au second plan dans les deux situations.

4.2.5. Relations avec l'oncologue

Il est primordial que la bonne collaboration entre oncologue et médecin généraliste s'opère dès le départ, afin que chaque étape de la prise en charge qui suivra soit sereine et constructive.

Une revue de la littérature n'a pas besoin d'être exhaustive pour que l'on observe un élément récurrent : la communication entre les oncologues et les médecins généralistes est très souvent jugée comme défailante. Tout le monde s'accorde à dire que la relation oncologue-généraliste est la pierre angulaire de la prise en charge des patients atteints de cancer. Chacun réaffirme l'importance de cette relation, mais les lacunes de cette relation sont régulièrement mises en avant. Ainsi :

- « seuls 48% des médecins généralistes se disent satisfaits de l'information qui leur est délivrée par leurs confrères prenant en charge leurs patients pour un cancer » ^[96] (enquête de la Ligue Contre le Cancer de 2010)
- « the communication [...] is too slow and incomplete » ^[102] (VAN DER KAM et al, 1998)
- « le médecin traitant ignore tout et c'est vers lui qu'on se tourne » ^[35] (les malades prennent la parole, Etats Généraux de 1999)
- « manque d'échange [...] pouvant expliquer la démotivation des généralistes pour le suivi de leurs patients » ^[89] (T. BOICHE, 2005)
- « difficulté d'obtenir des renseignements sur un malade », « ne peuvent pas accueillir les patients dans des délais souhaités » ^[91] (M-L WOOD, 1993)

Il est intéressant de préciser qu'en dehors des demandes et griefs exposés par les médecins généralistes envers les oncologues, on peut aussi entrevoir les attentes des oncologues envers les généralistes. En effet, comme le souligne M-L WOOD dans ces travaux sur la collaboration oncologue-généraliste ^[103], la structure spécialisée de cancérologie est comme « une boîte noire, où les équipes multidisciplinaires fonctionnent bien mais où les médecins de famille sont rarement présents.

Les oncologues expriment le besoin de voir les patients » (en dehors du suivi cancérologique stricto sensu), et « de se voir accorder plus de compréhension et de soutien de la part des médecins de famille, préférablement en partageant les soins de suivi ». R. McWHINNEY, dès 1990, ajoute aussi que les oncologues aimeraient être informés par les médecins généralistes de l'évolution des patients, notamment sur les complications gérées à domicile ^[92, 103].

Il me semblait important d'apporter quelques exemples sur ce que pensent aussi les oncologues, car l'ensemble des études conclue régulièrement que les médecins généralistes ont du mal à communiquer avec les oncologues, mais un travail d'équipe en tant que tel mérite une réciprocité sans faille. Ainsi, des efforts restent à parcourir pour les deux acteurs principaux de la prise en charge des patients atteints de cancer. D'autant plus que les oncologues « sont les premiers à vouloir impliquer les médecins généralistes » ^[92].

Nous pouvons relever d'autres raisons de nuancer les reproches faits aux oncologues :

- le rapprochement des généralistes vers les oncologues est parfois évité par craintes de reproches ou par manque de confiance dans leurs compétences (notion de barrière intrinsèque abordée par M-L WOOD) ^[91]. Souvent à tort d'ailleurs, en effet les craintes des généralistes sur leurs manque de compétences sont fréquemment supérieures au ressenti des patients vis-à-vis d'eux ^[58].
- les oncologues expriment eux aussi leurs difficultés à contacter les médecins généralistes par manque de disponibilité de ces derniers ^[103]
- les oncologues considèrent que les médecins généralistes ne leur fournissent pas toujours suffisamment de renseignements sur les patients, gênant les prises de décisions adaptées pour le malade ^[103]
- le médecin généraliste est parfois exclu par le patient lui-même, souvent inconsciemment, le patient pensant que le médecin traitant est au courant de tout sans que le patient ait besoin de le tenir informé (notion de barrière extrinsèque abordée par M-L WOOD) ^[91]. Le médecin traitant subit alors cette exclusion sans que l'oncologue en soit la cause, ni même en soit au courant.

Une fois ces particularités précisées, nous pouvons nous pencher sur les résultats de notre travail concernant les relations entre les médecins généralistes et les oncologues dans la région Poitou-Charentes.

Nous remarquons alors que 82,33% des médecins interrogés se disent satisfaits ou très satisfaits de leur relation avec les oncologues de la région. Ces résultats tranchent nettement avec ce qui a été relaté plus haut.

Rappelons, d'autant plus, que la majorité des 232 médecins du Poitou-Charentes répondants à notre enquête :

- contacte préférentiellement l'oncologue référent lors d'une urgence cancérologique
- met en première position l'oncologue référent comme partenaire central et constructif dans la prise en charge
- met en première position l'oncologue référent comme partenaire avec lequel ils souhaitent renforcer les échanges de travail

En somme, les relations dans notre région semblent être adaptées, sereines et constructives. Même si il faut rester prudent et que tout n'est bien évidemment pas idéal, il faut noter que ce sont avec les oncologues que les médecins généralistes veulent avoir encore plus d'échanges afin d'améliorer ce qui peut l'être, progressivement.

En outre, quelques pistes peuvent être évoquées afin d'améliorer et renforcer la communication entre le médecin traitant et l'oncologue référent :

- utilisation de la télé-médecine, notamment dans pour demandes d'avis.
- réalisation de stage en structure pour les généralistes, afin de nouer des contacts plus concrets avec les oncologues et de comprendre l'organisation des services d'oncologie.
- création de binômes généraliste-oncologue, permettant une communication de plus en plus aisée et naturelle au fil des prises en charges.
- organisation des RCP pour que les médecins généralistes qui le souhaitent puissent y assister plus aisément (faciliter la présentation des dossiers pas les généralistes, visio-conférence, etc).
- pérennisation du Plan Personnalisé de Soins (PPS) et du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC).

Au final, ce qui est certain, c'est que la qualité des relations que l'oncologue arrive à nouer avec ses confrères généralistes est inexorablement liée aux personnes, intrinsèquement. Cette relation doit reconnaître un principe essentiel : la connaissance et la reconnaissance mutuelles ; en effet, la connaissance des préoccupations quotidiennes liées aux activités de chacun et la reconnaissance de ce que chacun peut apporter dans la prise en charge. La volonté de mettre en œuvre ces deux principes nécessite de nombreux efforts, mais les bénéfices retirés par le patient et son entourage méritent toute cette implication.

4.2.6. Les réseaux

Ils sont une réponse pour étayer la coordination entre les différents professionnels de la prise en charge globale d'une pathologie chronique, et qui plus est de la pathologie cancéreuse au vu des multiples intervenants requis.

Notre travail souligne que la majorité des 232 médecins répondants ne participe à aucun réseau (58,19%). Et seulement 13,36% participent au Réseau Onco Poitou-Charentes, avec d'ailleurs une forte représentation des médecins du département de la Vienne (74,19%). Cette forte représentation peut s'expliquer par l'implication importante des médecins de la Vienne depuis la création des UCPO (71,43% des médecins adhérents aux UCPO étaient de la Vienne en 2004, et désormais la moitié des membres attitrés du réseau sont de la Vienne).

Nous observons également qu'un médecin sur quatre de notre panel participe à un autre réseau que celui de Cancérologie, voire à plusieurs. Enfin, une infime partie des médecins interrogés est adhérente au Réseau Onco et à au moins un autre réseau.

Plusieurs études retrouvent également une faible participation des médecins généralistes aux réseaux ^[88, 89, 100], quels qu'ils soient. Les réticences les plus souvent avancées sont :

- le manque de temps, la participation au réseau étant vue comme un nouvel élément de surcharge de travail.
- le manque d'intérêt.
- la peur de « perdre son patient », on retrouve ici la notion de « captation » du patient par l'hôpital et/ou le(s) réseau(x) souvent crainte par les médecins traitants.
- l'organisation des réseaux dont le fonctionnement est souvent considéré comme flou par les médecins traitants, qui ont du mal à savoir où est leur place dans ce système.

Malgré tout, la mise en place des réseaux se fait progressivement et du temps est certainement nécessaire pour que l'ensemble des professionnels de santé s'approprient cet outil. Et les médecins satisfaits de ce fonctionnement, disent pouvoir s'appuyer ^[67] sur le réseau pour pouvoir déléguer à d'autres partenaires certaines tâches pour lesquelles ils ne se sentent pas compétents (gestes techniques, psycho-oncologie, nutrition, etc). De plus, le réseau peut faciliter l'adressage des patients aux services hospitaliers et/ou aux oncologues. Il peut aussi accentuer les liens entre professionnels afin de rompre la solitude fréquente du travail en médecine générale.

4.2.7. Formation et perspectives

4.2.7.1. L'évaluation du niveau de formation

Les résultats de notre étude mettent en lumière que près d'un médecin interrogé sur deux estime que sa formation hospitalo-universitaire en Cancérologie a été insuffisante ou obsolète dans les 2 ans qui ont suivi le cursus.

Concernant la formation universitaire, le deuxième cycle des études médicales délivre un enseignement en différents modules transversaux et interdisciplinaires. Le troisième cycle peut renforcer le savoir théorique par un stage pratique lors de l'internat (stages accessibles aux internes de médecine générale et stages accessibles aux internes se destinant à la spécialité d'oncologie). De plus, depuis 2007, le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de Cancérologie est ouvert aux médecins généralistes. Il est plutôt intuitif de comprendre que l'apprentissage clinique et théorique de la Cancérologie n'est pas aisé pour les étudiants en médecine. Les travaux d'A. GONCALVES et al sur l'apprentissage hospitalier de la cancérologie par les étudiants ^[93] insistent sur deux choses :

- le fait que les étudiants sont souvent perdus ou perplexes devant la dualité de la Cancérologie, qui se veut être une spécialité très globale prenant en compte le patient dans son extrême ensemble, et en même temps être une spécialité d'une très haute technicité.
- le fait que le stage hospitalier en Cancérologie soit déterminant dans la compréhension et l'approche nécessaires à la pratique future par les étudiants. Nous verrons plus loin que cette idée de stage reste intéressante quel que soit le niveau de connaissance et d'expérience du médecin.

Ainsi, l'évolution constante de cette discipline rend son enseignement certainement difficile et la vitesse d'évolution des traitements explique l'obsolescence rapide de la formation initiale.

Nous avons donc soumis les médecins interrogés à s'auto-évaluer en se donnant une note entre 1 et 10 concernant le niveau de compétence qu'ils pensaient détenir en Cancérologie. La valeur 0 n'avait pas été proposée.

Nous observons que les médecins se donnent en moyenne une note peu honorable (4,98). On peut logiquement corrélérer cette note moyenne au manque de formation évoqué en début de discussion, ainsi qu'à la formation initiale jugée rapidement obsolète par les médecins répondants. De plus, cette note peut naître du sentiment de mal faire ou de manque de compétence fréquent chez de nombreux généralistes, comme nous l'avons déjà exprimé. Alors que ce sentiment est régulièrement opposé au contentement des patients et à la confiance qu'ils mettent dans leur médecin traitant.

Ces résultats rejoignent ceux de H. HILD en 2008 ^[94] qui retrouvaient que près d'un médecin sur deux n'était pas satisfait de sa prise en charge des patients cancéreux.

4.2.7.2. Les formations après la thèse

Les résultats de notre enquête indiquent que 2 médecins sur 3 n'ont pas effectué de formation spécifique en Cancérologie après leur thèse. Parmi ceux qui en ont fait une, la grande majorité l'a faite via une Formation Médicale Continue. Les autres ont pris du temps pour obtenir un Diplôme Universitaire en Cancérologie ou pour réaliser un stage en structure. Ces deux derniers types de formation concernent à peine 6% de l'échantillon total de notre enquête, et peuvent représenter la proportion de médecin généraliste ayant un important intérêt pour la Cancérologie.

Si nous regardons maintenant les médecins n'ayant pas suivi de formation spécifique en Cancérologie après leur thèse, la majorité (54%) évoque le manque de temps. Ce résultat n'est pas surprenant concernant les prises en charges complexes et chronophages auprès des patients atteints de cancer. La deuxième raison évoquée est l'absence ou le peu de formation pertinente dans le domaine.

Dans le Rapport LEGMANN de 2010, plusieurs propositions ont été faites pour pallier le problème récurrent avancé par les médecins généralistes : le manque de temps. Ce rapport préconise par exemple :

- le renforcement des relations entre oncologues et généralistes par un tiers précieux : l'Infirmier(e) Coordinateur en Cancérologie.
- la création « d'assistant de santé » afin d'aider le médecin généraliste dans les tâches administratives, et ainsi lui dégager du temps.

Puis, à la question « la formation en Cancérologie délivrée par votre FMC est-elle adaptée et suffisante ? », la majorité des 232 médecins répond que non (64,35%).

La Formation Médicale Continue a été rendue obligatoire en France en 1996 et réaffirmée par le loi HPST de 2009 à travers le Développement Professionnel Continu (DPC), et désormais ce sont les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC) qui auront à leur charge l'organisation de la formation dans leurs nouvelles attributions. Les médecins y sont d'ailleurs majoritairement favorables, mais il est vrai que si le contenu des dites formations n'est pas réellement adapté, on peut comprendre les difficultés retrouvées. De plus, dans l'enquête réalisée par la Ligue Contre le Cancer en 2010, on retrouvait 84% de médecins disant avoir besoin d'une formation en Cancérologie, mais un sur deux déclarait ne pas en suivre. Ce qui exprime bien nos 2 résultats : le manque de temps et le manque de formation pertinente, concrète et adaptée aux médecins généralistes.

Par ailleurs, au-delà du problème de la formation dite théorique, nous pouvons évoquer le problème de formation pratique pour les médecins traitants. Nous avons vu plus haut l'intérêt des stages en structure et il semble vrai qu'être confronté directement aux pratiques des services spécialisés deviendrait pertinent pour les généralistes (la plupart se trouvant dépassés techniquement). Les structures intéressées pourraient être aussi bien les services d'hospitalisation en oncologie, que les Unités de Soins Palliatifs (USP) ou les Centres Anti-Douleur. Les liens tissés entre généralistes et professionnels hospitaliers imprimeraient une nouvelle dynamique et permettraient aux généralistes de savoir qui solliciter en cas de situation délicate. Les travaux de S. DOLBEAULT et al vont même jusqu'à proposer des programmes de formation à la communication ou de formation à l'entraînement aux habilités relationnelles ^[58]. Selon ces résultats, ces dernières formations « représenteraient un facteur de réduction du syndrome d'épuisement professionnel ».

La formation en Cancérologie des médecins généralistes est, à mon sens, un enjeu capital pour la prise en charge des patients dans les années à venir. Le manque de maîtrise technique ou de connaissances peut devenir progressivement une cause forte de démotivation des médecins traitants vis-à-vis de la Cancérologie. C'est pourquoi la fin de notre travail s'est attachée à demander aux généralistes quel type de formation ils attendaient.

4.2.7.3. Perspectives

Quatre types de formation médicale étaient proposés. Nous avons alors demandé aux médecins de notre étude d'indiquer quel type de formation leur était intéressant à court terme, puis à long terme.

Ainsi, les 2 types de formation à court terme préférés par les médecins sont la Formation Médicale Continue (FMC) en plusieurs interventions et un Bulletin d'information reçu régulièrement (et issu d'un travail entre généralistes et oncologues).

Pour la vision à long terme, les 2 types de formation les plus plébiscités sont le Diplôme Universitaire de Cancérologie et le stage formateur en structure. Il a été démontré que les situations pouvant être perçues comme complexes par les généralistes deviennent plus évidentes après une formation de ce type [97]. L'idée que les généralistes intègrent temporairement ou définitivement (à temps partiel) une structure cancérologique est souvent exposée dans la littérature [67, 90, 92] et évoquée comme proposition dans le Rapport LEGMANN d'avril 2010 : « renforcer les passerelles ville-hôpital en augmentant les activités mixtes ». Cette intégration serait un atout dans la coordination des soins dont le rôle est donné aux médecins traitants.

Enfin, si nous colligeons l'ensemble des réponses dans l'absolu, les 2 formations les plus fréquemment citées sont la Formation Médicale Continue en plusieurs interventions et le Bulletin d'information. Nous observons donc que les médecins généralistes sont peu satisfaits de leur FMC, mais qu'ils souhaitent poursuivre sur ce mode. La petite différence réside dans le fait qu'ils plébiscitent une formation en plusieurs volets, jugée selon eux comme plus adaptée (ou du moins adaptable) à leur pratique quotidienne.

Pour ce qui est de l'idée proposée d'un Bulletin d'information, celle-ci semble avoir fait son chemin dans l'esprit des 232 médecins répondants à l'enquête. Il pourrait donc naître de la réflexion entre oncologues et généralistes. Il s'agirait alors d'évaluer les besoins et de définir des objectifs d'apprentissage. Ce type de formation continue permettrait aussi d'être adapté à l'emploi du temps de chaque médecin généraliste. Ce Bulletin pourrait par exemple être adressé par courrier électronique ou par voie postale, et devrait être concis. Une forme mensuelle serait adaptée et moins fastidieuse à lire qu'un bulletin annuel, et permettrait de satisfaire les médecins traitants progressivement tout au long de l'année.

Nous avons donc demandé aux médecins traitants quels thèmes de formation seraient les plus pertinents dans leur pratique quotidienne. Parmi ceux proposés, les 3 thèmes de formation qui reviennent le plus fréquemment dans nos résultats sont :

- la gestion des effets indésirables (liés au cancer et/ou au traitement du cancer)
- l'utilisation pertinente des examens complémentaires
- la prise en charge des urgences cancérologiques

Ainsi sont les 3 champs de connaissance que les FMC de notre région Poitou-Charentes (et pourquoi pas un jour un Bulletin d'Information en Cancérologie) devraient aborder.

Enfin, la dernière question de notre étude portait sur la place du médecin traitant dans les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP). Il me semblait important de recentrer le médecin généraliste dans ce temps de la prise en charge. Comme vu plus haut dans notre travail, le temps de la RCP rentre dans les champs d'intérêt du médecin traitant, notamment pour la coordination de la prise en charge ou pour l'amélioration de la communication avec les équipes d'oncologie. En effet, la RCP devient (dans un temps délimité) un lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique.

Parmi les 232 médecins interrogés, une grande majorité souhaite poursuivre sur le modèle actuel vis-à-vis des RCP, à savoir recevoir les comptes-rendus sans y participer. Par ailleurs, 1 médecin sur 4 aimerait être consulté pour donner son avis en amont sur le dossier et ainsi alimenter la discussion qui serait faite lors de la RCP. Enfin, environ 5% des médecins répondants seraient prêts à venir présenter eux-mêmes le dossier de leur patient en RCP.

Nous remarquons que le statu quo persiste concernant les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires. Cela peut s'expliquer par la difficulté pour les médecins traitants à intégrer ces réunions dans leur emploi du temps. Malgré tout, on peut attendre de nombreux bénéfices à une telle éventualité, tant pour les généralistes dans leur rôle de coordinateur que pour les patients eux-mêmes. De plus, il n'est pas négligeable de voir que dans notre région, 1 médecin sur 4 souhaiterait transmettre son avis avant la RCP. La visioconférence pourrait trouver ici toute sa place.

CONCLUSION

CONCLUSION

Si l'individu n'est pas soluble dans le collectif, il n'en demeure pas moins que le collectif s'impose régulièrement à l'individu lorsqu'il est confronté au cancer. Pour le médecin généraliste, il s'agit alors de bâtir et de développer avec ses patients une relation exigeante en terme d'attention, de temps consacré et d'écoute.

Le Plan cancer 2009-2013 souhaitait réintégrer fortement la place du médecin généraliste dans l'ensemble de la filière de soins en Cancérologie : du dépistage à l'accompagnement en période terminal, en passant par le diagnostic, l'orientation ou le suivi au long cours. Ce deuxième Plan Cancer renforçait alors la notion de médecin référent introduite sur le plan législatif en 2005.

Tout concourt à ce que le médecin généraliste centralise la prise en charge des patients atteints de cancer. Cependant, tous ne sont pas bien informés de ces objectifs et tous n'observent pas que les contours du système mis en place soient bien nets.

C'est à la vue de ce contexte que je me suis interrogé sur la place qu'occupe le médecin traitant dans le processus de réorganisation du système de soins en Cancérologie. Un certain nombre de médecins généralistes ont des difficultés à trouver leur place exacte dans la prise en charge des patients atteints de cancer.

Notre étude a montré effectivement que leur rôle dans l'annonce diagnostique et dans la coordination n'est pas si facilement intégré, alors que pour la majorité des patients le temps de l'annonce est un moment privilégié et marquant avec leur médecin généraliste, et que la notion de coordination est au cœur des objectifs du deuxième Plan Cancer. Il est intéressant de constater cette distance dans ces deux domaines, et il s'agira d'en tenir compte pour les projets à venir.

Il ressort de ce travail, que les difficultés rencontrées par médecins généralistes sont essentiellement le manque de temps à consacrer pour l'activité cancérologique, souvent chronophage, ainsi que le manque de formation et la lourdeur de la charge morale, fréquemment ambivalente car les médecins généralistes souhaitent demeurer ancrés dans la vie de leurs patients, même si cela doit les phagocyter intensément. L'idée d'une rémunération au forfait semble alors s'installer progressivement (chez les médecins généralistes et les derniers rapporteurs des instances publiques) pour pallier une partie des difficultés.

Concernant la formation en Cancérologie des médecins généralistes, notre travail met en lumière qu'elle est encore incomplète et rapidement obsolète. Les médecins généralistes souhaitent poursuivre malgré tout ce type de formation, sans doute en faveur d'une forme en plusieurs interventions plutôt qu'épisodique. De plus, l'idée d'un Bulletin d'Information en Cancérologie à l'usage du médecin traitant semble avoir été plébiscité dans notre enquête, ce qui évoque une nouvelle façon de se former plus adaptée, et dont les thèmes abordés pourraient être proposés par les généralistes eux-mêmes (en partenariat avec les oncologues).

Les avantages des stages en structure ne semblent pas, en revanche, avoir suscité un grand intérêt pour les médecins interrogés de notre enquête, peut-être faudra-t-il trouver une méthodologie de stage qui serait plus adaptée aux médecins libéraux.

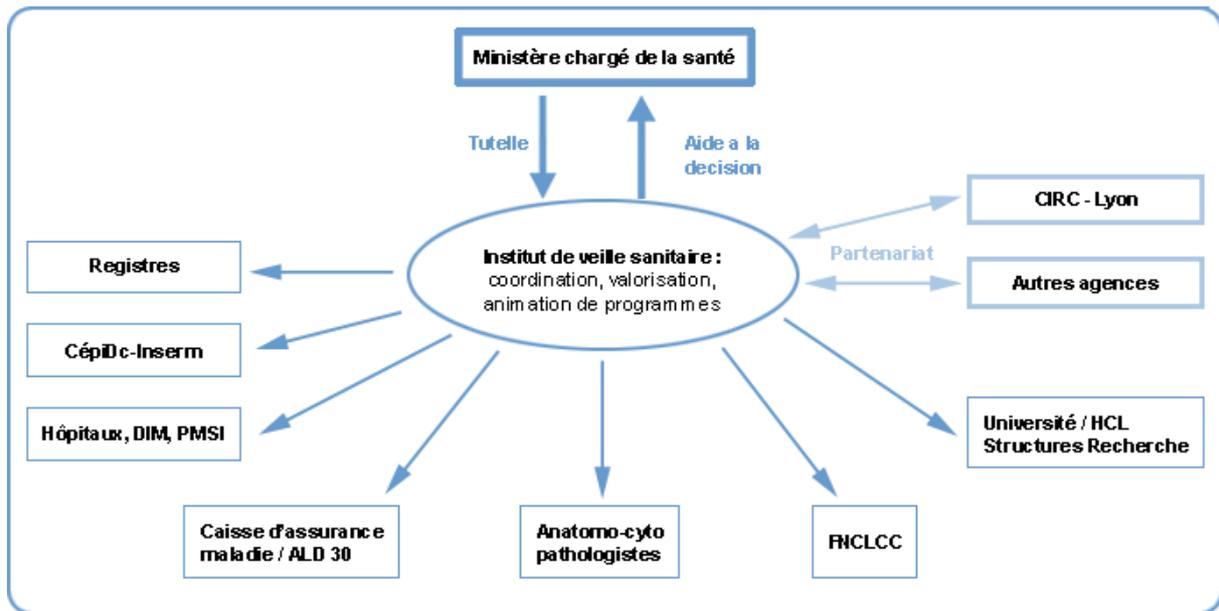
Concernant les relations entre oncologues et médecins traitants, même si la plupart des autres études souligne des défaillances de communication, nous observons dans notre travail que les médecins généralistes du Poitou-Charentes sont très majoritairement satisfaits des liens qu'ils tissent avec leurs confrères oncologues. Ils les sollicitent en premier lors des urgences cancérologiques, ils les placent en partenaire privilégié pour prendre en charge les patients et c'est avec eux qu'ils souhaitent avoir encore plus d'échanges de travail. Certains d'entre eux concrétisent ce sentiment avec la volonté de participer davantage aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires. Les outils pour organiser cette participation devront alors peut-être se développer.

Par ailleurs, nous verrons si le challenge des inégalités face au cancer est relevé par le prochain Plan Cancer 2014-2018 évoqué par le Dr BUZYN de l'INCa, et officialisé par l'Etat il y a quelques semaines. Car il est vrai que les efforts sur la performance du système de soins ne doivent pas être neutralisés par le manque d'accès de certains patients à ce système. Le développement des moyens attribués aux différents partenaires (HAD, EMSP, aidants psychosociaux, etc) permettrait certainement de garantir cette meilleure accessibilité. Les réseaux restent un levier puissant pour ces objectifs, et leur impact grandira lorsque les médecins généralistes se les seront progressivement appropriés.

La notion de « pierre angulaire » est fréquemment employée pour définir le médecin généraliste dans la prise en charge des patients. Il semble, que la véritable « pierre angulaire » en Cancérologie réside dans la relation dynamique et constructive entre le médecin généraliste et l'oncologue. En effet, l'esprit d'équipe ne dilue pas les responsabilités, mais bien au contraire cet esprit d'équipe permet à chacun de se remettre sans cesse en cause, de s'épauler et de se compléter intelligemment pour le bénéfice des patients.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Schéma réseaux-InVS



ANNEXE 2 : courrier électronique envoyé aux médecins généralistes

Cher Confrère, Chère Consœur,

Je me présente à vous, je m'appelle Grégory PINGANAUD, actuellement en cours de travail de ma thèse de Médecine Générale, dirigée par le Dr BAHUET au CHU de Poitiers, et présidée par le Pr ROBLOT.

Souhaitant avoir votre avis sur "**les difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer**", je sollicite votre bienveillance afin que vous acceptiez de remplir le questionnaire en cliquant sur ce lien :

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?fromEmail=true&formkey=dGotaXBnOWIIRWV0NTU4THoyUURLRnc6MQ>

Le questionnaire est rapide (5 à 8 min) et simple à utiliser. Je vous remercie de votre attention confraternelle.

Excellente journée

Grégory PINGANAUD

ANNEXE 3 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes (Poitou-Charentes)

THESE MEDECINE GENERALE

**LES DIFFICULTES DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DU
PATIENT ATTEINT DE CANCER (rôle, besoins, perspectives)**

Sexe

- Homme
- Femme

Département

- 16
- 17
- 79
- 86

Année de thèse

Depuis combien d'année(s) êtes-vous installé(e) ?

- < 5 ans
- 5-10 ans
- 10-20 ans
- > 20 ans

Mode d'exercice ?

- cabinet libéral seul
- cabinet libéral en groupe
- activité libérale + activité en CH/clinique

Lieu d'exercice ?

- rural
- semi-rural
- ville

A combien de km êtes-vous de la structure cancérologique la plus proche ?

- < 10 km
- 10-50 km
- > 50 km

Combien de patients atteints de cancer prenez-vous en charge actuellement dans votre patientèle ?

- < 5
- 6-10
- 11-30
- > 30

Evaluation de votre activité cancérologique depuis le début de votre installation

- en diminution
- stable
- en augmentation
- en forte augmentation

L'un des 3 thèmes forts du Plan Cancer 2009-2013 évoque de renforcer le rôle du médecin traitant. Quel est votre avis sur votre rôle concernant les mesures suivantes ?

	Je me sens peu concerné par cette mesure	Je me sens concerné par cette mesure	Je me sens très concerné par cette mesure
M10.2 « renforcer l'aide au sevrage tabagique »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M11.6 « renforcer l'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M13.1 « améliorer le taux de couverture vaccinal contre le HPV »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M16 « impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M17 « assurer une veille scientifique pour la détection précoce des cancers »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M18 « personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensez vous qu'il soit du rôle du médecin traitant de réaliser les actions suivantes ?

	pas du tout d'accord	pas d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
Prévention et dépistage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnostic précoce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annonce diagnostique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientation vers structure/oncologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suivi au long cours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accompagnement en période terminale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant les difficultés rencontrées dans la prise en charge du patient atteint de cancer, veuillez les numéroter par ordre d'importance de 1 à 5 : (1 étant le plus important et 5 étant le moins important)

	1	2	3	4	5
manque de temps à consacrer	<input type="radio"/>				
manque de formation en cancérologie	<input type="radio"/>				
absence de structure cancérologique à proximité	<input type="radio"/>				
lourdeur de la charge morale	<input type="radio"/>				
manque de lits d'hospitalisation disponibles	<input type="radio"/>				

Concernant les problèmes les plus difficiles que vous posent vos patients, veuillez les numéroter par ordre de difficulté de 1 à 5 : (1 étant le plus difficile et 5 étant le moins difficile)

	1	2	3	4	5
annoncer le diagnostic	<input type="radio"/>				
informer sur les différentes possibilités thérapeutiques	<input type="radio"/>				
gérer les complications (liées au cancer et liées au traitement anti- cancéreux)	<input type="radio"/>				
faire accepter un traitement (chirurgie mutilante, chimiothérapie, radiothérapie)	<input type="radio"/>				
prendre en charge la période terminale	<input type="radio"/>				

Vos relations avec l'oncologue référent (oncologue médical, radiothérapeute ou hématologue) de votre patient sont-elles ?

- peu satisfaisantes
- satisfaisantes
- très satisfaisantes

Lors d'une urgence cancérologique (neutropénie fébrile, compression médullaire, dyspnée brutale, douleur intense rebelle, complications liées aux traitements...), quelle est votre décision en première intention ?(veuillez cocher la case correspondante)

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Très fréquemment
Solliciter les lits de régulation ville-hôpital (en Cancérologie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestion ambulatoire (seul ou en réseau : réseau onco, HAD, IDE, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solliciter le Service d'Accueil des Urgences Générales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contacteur l'oncologue référent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre décision concernant la question précédente?(facultatif)

Lors de difficultés avec un patient atteint de cancer, avec quel partenaire pensez-vous jouer un rôle central et constructif ?Veuillez classer de 1 à 5 (1 évoquant le plus utile et 5 le moins utile)

	1	2	3	4	5
Oncologue référent/structure cancérologique	<input type="radio"/>				
HAD/Aides à domicile	<input type="radio"/>				
Equipes de soins palliatifs	<input type="radio"/>				
Réseau onco poitou-charentes	<input type="radio"/>				
Aide psychologique et /ou aide sociale pour le patient ou ses proches	<input type="radio"/>				

Lors de difficultés avec un patient atteint de cancer, avec quel partenaire souhaiteriez-vous avoir plus d'échanges de travail ?(veuillez classer de 1 à 5 (1 évoquant le plus utile et 5 le moins utile)

	1	2	3	4	5
Oncologue référent/structure cancérologique	<input type="radio"/>				
HAD/Aides à domicile	<input type="radio"/>				
Equipes de soins palliatifs	<input type="radio"/>				
Réseau onco poitou-charentes	<input type="radio"/>				
Aide psychologique et /ou aide sociale pour le patient ou ses proches	<input type="radio"/>				

Participez-vous ?

- au Réseau Onco Poitou-Charentes
- un ou plusieurs autre(s) réseau(x)
- les deux

Comment évaluez-vous le niveau de votre formation hospitalo-universitaire en Cancérologie selon votre année de thèse ?

- insuffisante
- suffisante au moment de la formation mais dépassée par les avancées (diagnostiques, techniques et thérapeutiques) en moins de 2 ans
- suffisante au moment de la formation mais dépassée par les avancées (diagnostiques, techniques et thérapeutiques) en moins de 5 ans
- suffisante pendant 5 ans voire plus

Comment ressentez-vous votre niveau de connaissances actuel en Cancérologie (entre 1 et 10 ; 1 évoquant un mauvais niveau de connaissance et 10 évoquant un excellent niveau de connaissance) ?

Avez-vous effectué une formation spécifique en Cancérologie après votre thèse ?

- oui
- non

Si oui laquelle/lesquelles?

- DU (Diplôme Universitaire)
- stage en structure
- FMC

Si non, pour quelle raison?(1 seule réponse)

- Peu ou pas de formation pertinente
- Manque de temps
- Manque de moyens financiers
- Peu d'intérêt pour la Cancérologie

La formation en cancérologie, délivrée par votre FMC, est-elle adaptée et suffisante pour votre pratique quotidienne ?

- oui
- non

Veillez cocher la formation qui vous paraît la plus pertinente ?(DU : Diplôme Universitaire ; DIU : Diplôme Inter-Universitaire ; Bulletin : issu d'un travail entre généralistes et oncologues)

	Formation la plus pratique à court terme ?	Formation la plus intéressante à long terme ?
Stage formateur en structure cancérologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bulletin d'information concis et reçu régulièrement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FMC en plusieurs interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DU/DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez cocher les 3 principaux champs de connaissance dans lesquels vous souhaiteriez être formé ?

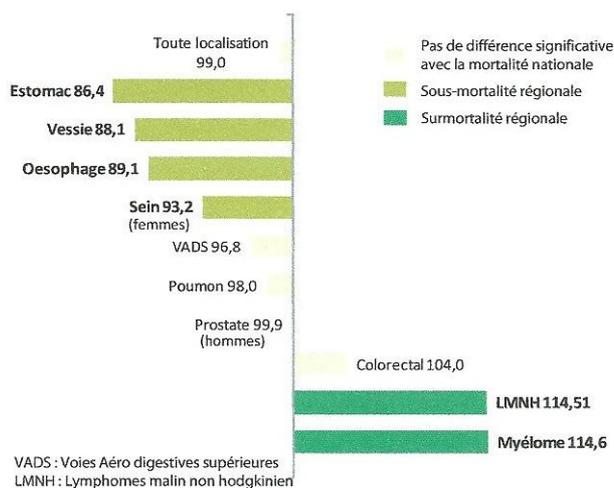
- prise en charge des urgences cancérologiques
- effets secondaires des traitements anti-cancéreux
- complications liées au cancer lui-même
- pertinence des examens complémentaires (biologiques, radiologiques, ...)
- être acteur des soins à domicile (seul ou via l'HAD)
- information sur les nouvelles molécules/techniques
- être acteur dans le réseau oncologie

En ce qui concerne les réunions de concertation pluridisciplinaires de cancérologie, souhaiteriez- vous ? (1 seule réponse)

- être invité à la RCP pour donner un avis consultatif
- présenter vous-même le dossier de votre malade à la RCP
- poursuivre sur le mode actuel en recevant le compte-rendu de la RCP

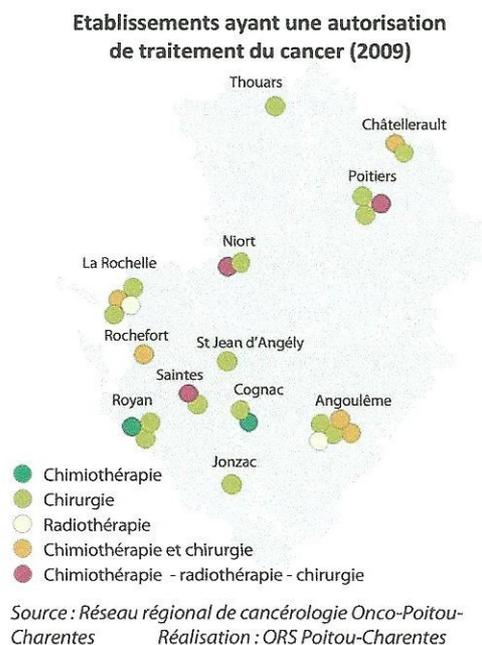
ANNEXE 4 : Indice comparatif de mortalité en Poitou-Charentes (2005-2007)

**Indice Comparatif de Mortalité
pour l'ensemble des tumeurs et par localisation tumorale
(Référence France = 100, période 2005-2007)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation : ORS Poitou-Charentes
En gras : différence significative avec la France à 5 %

ANNEXE 5 : Cartographie des établissements autorisés en Cancérologie
(Poitou-Charentes, 2009)



ANNEXE 6 : Les propositions issues du Rapport GRÜNFELD

HUIT PROPOSITIONS GENERALES POUR LE PROCHAIN PLAN CANCER

- 1 ● Développer une recherche transversale et pluridisciplinaire autour du cancer, de la plus fondamentale à la plus appliquée.
- 2 ● Encourager une recherche sur les déterminants des inégalités de santé face au cancer, et proposer des solutions pour les corriger.
- 3 ● Soutenir la recherche et l'action sur les causes comportementales et environnementales des cancers.
- 4 ● Dans les domaines de la prévention et du dépistage, privilégier les actions de proximité et d'éducation pour la santé, ciblées vers les populations les plus vulnérables.
- 5 ● Améliorer la coordination des soins et le lien avec le secteur médico-social, autour du médecin traitant et le plus tôt possible dans le parcours des soins.
- 6 ● Être attentif aux professions dont la situation démographique est fragile : les professionnels de la radiothérapie et les anatomo-cyto-pathologistes.
- 7 ● Poursuivre et approfondir encore la collaboration avec les associations de patients et les associations caritatives, dans l'accompagnement et le soutien médico-social au service des personnes malades.
- 8 ● Prévoir et organiser le « vivre après le cancer » qui va de la prise en charge des séquelles éventuelles, au soutien psychologique et à la reprise de l'activité professionnelle.

ANNEXE 7 : Les propositions du Rapport LEGMANN

I - LA FORMATION	
La formation initiale	Rendre obligatoire un stage de découverte de la médecine libérale en PCEM2
	Rendre obligatoires des stages de formation à la médecine générale au cours du 2 ^e cycle
	Exiger 2 semestres de stage de spécialisation en médecine générale en ambulatoire
	Créer la fonction de « remplaçant assistant » en médecine générale, avec compagnonnage
La formation durant le cursus	Créer un parcours promotionnel pour les médecins libéraux : restauration de la notion de compétences et des passerelles entre spécialités au moyen de la VAE et du DPC
II - L'INSTALLATION	
	Mettre en place un guichet unique
	Redonner une capacité d'initiative aux médecins dans l'organisation de la santé sur leur territoire
	Donner accès à l'enveloppe MIGAC pour l'activité ambulatoire
	Supprimer le contrat solidarité santé

III - LES CONDITIONS D'EXERCICE

	Favoriser les regroupements
	Passer de la notion de médecin traitant à celle de structure traitante
	Mettre en œuvre les possibilités offertes par la loi HPST pour l'exploitation partagée des plateaux techniques par les médecins libéraux et hospitaliers
	Favoriser l'intégration des médecins dans une organisation territoriale : 1 - Création de plates formes de services 2- Implantation de l'Université dans les pôles de santé
	Laisser assumer la continuité des soins par les médecins responsables de leur patientèle qui n'informent le Conseil départemental de l'Ordre qu'en cas de difficultés.
	Créer les fonctions d'assistant de santé et de coordonnateur d'appui
	Moderniser les systèmes d'information
	Développer la télémédecine
	Améliorer la protection sociale (maladie, maternité, retraite)
	Diversifier le mode de rémunération de l'activité libérale : paiement à l'acte, forfait et contractualisation
	Diversifier les activités en favorisant l'exercice mixte : hôpital et activité libérale

Plan cancer 2009-2013

5 axes, 30 mesures et 118 actions

5 AXES

RECHERCHE

5 mesures – 26 actions

- ▶ Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades

Mesures 1 à 5

OBSERVATION

4 mesures – 12 actions

- ▶ Mieux connaître la réalité des cancers en France

Mesures 6 à 9

PRÉVENTION – DÉPISTAGE

8 mesures – 37 actions

- ▶ Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité

Mesures 10 à 17

SOINS

7 mesures – 27 actions

- ▶ Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace

Mesures 18 à 24

VIVRE PENDANT ET APRES UN CANCER

6 mesures – 16 actions

- ▶ Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion

Mesures 25 à 30

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [¹] Cancer Epidemiology, American Cancer Society (www.cancer.org)
- [²] La situation du cancer en France en 2010. Rapport de l'INCa (Observation des cancers)
- [³] Plan Cancer 2003-2007 (www.plan-cancer.gouv.fr)
- [⁴] Surveillance épidémiologique des cancers en France (www.invs.sante.fr)
- [⁵] Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès. Interrogation des données sur les causes de décès de 1979 à 2005, Inserm, Paris
- [⁶] Epidémiologie du Cancer en France, Institut Gustave Roussy (www.igr.fr)
- [⁷] Evolution de l'Incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1978 et 2000, InVS (www.invs.sante.fr)
- [⁸] Rapport de la Commission d'Orientation sur les Cancers, 16 janvier 2003
- [⁹] Epidémiologie du Cancer en Région Poitou-Charentes (rapport dirigé par l'Unité d'Epidémiologie, de Biostatistique et Registre des Cancers de la faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers), 2008, ARS
- [¹⁰] Rapport de l'Observatoire Régional de la Santé (Poitou-Charentes), octobre 2010
- [¹¹] Atlas de la mortalité en Poitou-Charentes, Observatoire Régional de la Santé, mars 2009
- [¹²] FERLAY J. et al – Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006 – Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology/ESMO, 18 (2007), 581-592

- [13] COLEMAN M. et al – Cancer survival in five continents : a worldwide population-based study (CONCORD). Lancet Oncol, 2008 ; 9 : 730-756
- [14] STAUT M. et al, EURO CARE-4, Survival of Cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and Commentary. Eur J Cancer, 2009 Apr ; 45(6) : 931-991
- [15] Observatoire de la Médecine Générale (via www.sfm.org)
- [16] NGUYEN TD et al – Prospects in oncology for general practitioners inter-regional 2010 survey – Bulletin du Cancer 2011 ; 98 : 1143-1152
- [17] Commission d'Orientation sur le Cancer, Chapitre 4 : L'organisation des soins en Cancérologie, 2002
- [18] Plan Cancer 2009-2013 (www.plan-cancer.gouv.fr)
- [19] Atlas National du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), 2012, concernant la Démographie Médicale
- [20] Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Rapport du Docteur Michel LEGMANN, avril 2010
- [21] La Démographie Médicale à l'échelle des bassins de vie en région Poitou-Charente, sous la direction du Docteur ROMESTAING, 2011
- [22] Densité médicale mondiale, CIA World Factbook
- [23] Rapport Annuel de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS), 2011
- [24] Rapport du Professeur Grünfeld, du 14 février 2009

- [25] Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale
- [26] The General Practitioner In Europe : A statement by the working party appointed by the European Conference on the teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands, 1974
- [27] The rôle of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems : a statement from WONCA, 1991
- [28] Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice : time for a new definition. *BMJ* 2000 ; 320 : 354-357
- [29] WONCA Europe, La définition européenne de la Médecine Générale – médecine de famille, 2002
- [30] Arrêté du 3 février 2005 portant sur l'approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes
- [31] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- [32] IMBAULT-HUART M-J. Histoire du Cancer. Histoire, 1985 ; 74
- [33] Les Temps du Cancer, CNRS Editions, Marie MENORET, Paris, 1999
- [34] Histoire de la Médecine, de l'Antiquité au 20ème siècle, Ed. Tallandier, Roger DACHEZ, septembre 2004
- [35] Les malades prennent la parole. Le livre blanc des Premiers Etats Généraux de malades du cancer. Ramsay, 1999, 261p

- [36] Circulaire DGS/DH/AFS n°98-213, relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés
- [37] Circulaire DHOS/SDO/2005/101, relative à l'organisation des soins en cancérologie
- [38] Historique des Cancéropôles (www.canceropole-grandouest.com/fr/historique)
- [39] Rapport de la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire, février 2009 (www.hcsp.fr)
- [40] Etude sur l'annonce diagnostique de cancer et le ressenti des malades, INCa, 2011
- [41] Synthèse du Rapport d'Evaluation du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer, collection bilans d'activité et d'évaluation, INCa, septembre 2012
- [42] Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) et Dossier Médical Personnel (DMP), ASIPsanté et INCa, octobre 2010
- [43] Entretien, Agnès BUZYN, Revue du Praticien Médecine Générale, Tome 26, n°890, 762-763, novembre 2012
- [44] Communiqué de presse de la Ligue Contre le Cancer relatif au Plan Cancer 3, 5 décembre 2012
- [45] 89/601/CEE : Recommandation de la Commission, du 8 novembre 1989, concernant la formation des personnels de santé en matière de cancer [Journal Officiel n° L 346 du 27 novembre 1989 p.0001-0007)
- [46] Synthèse Nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes, collection : bilans d'activité et d'évaluation, INCa, septembre 2012
- [47] LETOURMY A. et al – La prise en charge des malades cancéreux par le médecin généraliste dans cinq pays européens – Rev fr aff soc 1999 ; 2 : 37-50
- [48] Histoire de la Sécurité Sociale (1945-1967), Ed Economica, Bruno Valat et André Gueslin, 2001

- [⁴⁹] Rapport relatif aux consultations de prévention, Haut Conseil de Santé Publique, mars 2009
- [⁵⁰] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie
- [⁵¹] Médecins généralistes et dépistage, Rapport des résultats de l'enquête barométrique de l'INCa/BVA, septembre 2010
- [⁵²] Conclusions de la Conférence de Consensus de Lille, ANAES, 2004
- [⁵³] The rôle of European general practitioners in cervical cancer screening and its effects on the success of this screening, WONCA 2008, Istanbul
- [⁵⁴] Dépistage du cancer de la prostate. Recommandations de l'Association Française d'Urologie (AFU), Progrès en Urologie (2003), 13 209-214
- [⁵⁵] Rapport d'Orientation sur les facteurs de risque du cancer de la prostate et la pertinence du dépistage de ce cancer par dosage du PSA, HAS, février 2012
- [⁵⁶] JOHANSEN M-J. et al - How does the thought of cancer arise in general practice consultation ? Interviews with Gps – Scand J Prim Health Care. 2012 September, 30(3) : 135-140
- [⁵⁷] HOERNI B. et al – Annoncer de « mauvaises nouvelles » en cancérologie – Bulletin du Cancer, Volume 91, Numéro 10, 805-7, Octobre 2004
- [⁵⁸] DOLBEAULT S. et al - Difficultés de l'annonce du côté des professionnels et de leurs patients : quels obstacles à la communication et quels recours possibles ? - Bulletin du Cancer, Volume 97, Numéro 10, 1183-1194, Octobre 2010

- [⁵⁹] KRAKOWSKI I. et al - Organisation coordonnée de la prise en charge des symptômes et du soutien à toutes les phases de la maladie cancéreuse : vers la mise en place de structures pluridisciplinaires de soins oncologiques de support – Bulletin du Cancer, Volume 88, Numéro 3, 321-328, Mars 2001
- [⁶⁰] BUNGENER M. et al – Prendre en charge le cancer en médecine générale. Médecine générale, médecine spécialisée, entre hiérarchie, concurrence et complémentarité ; CERMES (CNRS UMR 8169, Inserm U750, EHESS, Paris-Sud)
- [⁶¹] Circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000, relative à l'hospitalisation à domicile
- [⁶²] ROUGIER-DELAPLANCHE F. - Place et rôle du médecin généraliste lors de la prise en charge des cancers : Résultat d'une enquête auprès de 50 patients – Paris Sud, 2005
- [⁶³] TINA B. et al – A qualitative study of patient perspectives on colorectal cancer – Cancer Pract 2000 Jan-Feb ; 8(1) : 38-44
- [⁶⁴] Etude réalisée auprès de 1002 personnes ayant été hospitalisées dans l'un des 20 centres de lutte de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC), TNS SOFRES, septembre 2003
- [⁶⁵] DEYRIS-CARCEDO F. - Place et rôle du médecin généraliste dans la réalisation des chimiothérapies anticancéreuses à domicile dans le cadre d'un réseau de soins : à partir de l'expérience du réseau ROSA – Bordeaux II, 2005
- [⁶⁶] HAMONIAUX-BELLOEIL V. - Interventions des médecins généralistes auprès des patients en cours de traitement contre le cancer – Angers, 2006
- [⁶⁷] JOLY L. - Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients traités pour un cancer. Revue de la littérature et enquête auprès des praticiens hospitaliers référents en oncologie, Paris XIII, 2010
- [⁶⁸] KLASTERSY J. - Supportive care in cancer patients – Lung Cancer 1993 ; 9(1-6) : 397-404

- [⁶⁹] Rapport définitif relatif à l'Hospitalisation à Domicile, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), novembre 2010
- [⁷⁰] Dossier de demande d'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle, Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), 1998 : 36
- [⁷¹] Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs
- [⁷²] KRAKOWSKI I. et al. - Coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves : proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés – Bulletin du Cancer, Volume 91, Numéro 5, 449-456, mai 2004
- [⁷³] Définitions des soins palliatifs et de l'accompagnement (www.sfap.org)
- [⁷⁴] LAVAL G. et al – Centres de douleur et unités de soins palliatifs : similarités et différences. Vers une nécessaire collaboration – Presse Med 1997 ; 26 : 1627-1634
- [⁷⁵] BURRIDGE L. et al – Consultation etiquette in general practice : a qualitative study of what makes it different for lay cancer caregivers – BMC Fam Pract. 2011 ; 12 : 110
- [⁷⁶] Décret n°2007-388, du 21 mars 2007, relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- [⁷⁷] Décret n°2007-389, du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
- [⁷⁸] Arrêté du 20 décembre 2004, fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique
- [⁷⁹] Schéma d'Organisation Sanitaire de 3ème génération (SROS III), 2006-2011
- [⁸⁰] Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie

- [⁸¹] Le guide de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé « Principes d'évaluation des réseaux de santé », Paris, ANAES, 1999
- [⁸²] Article L6321-1 de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à l'organisation du système de santé
- [⁸³] Référentiel National des Réseaux Régionaux de Cancérologie, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, septembre 2007
- [⁸⁴] Aide méthodologique pour la mise en place des Centres de Coordination en Cancérologie (3C), 2008, Association des Coordinateurs de réseaux de Cancérologie, ACORESCA
- [⁸⁵] Glossaire explicatif pour le tableau de bord 2010 des Centres de Coordination en Cancérologie (3C), INCa
- [⁸⁶] Registre des cancers Poitou-Charentes, Rapport de 2009
- [⁸⁷] Recueil d'Indicateurs Régionaux en Poitou-Charentes : Offre de soins et état de santé des populations, DREES, 2010
- [⁸⁸] VIGNEAU C. - Le Rôle des médecins généralistes face aux urgences des patients cancéreux – Toulouse III, 2005
- [⁸⁹] BOICHE T. - Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes – Poitiers, 2005
- [⁹⁰] BRAZIL K. et al – Who is Responsible ? The role of family physicians in the provision of supportive cancer care – Journal of Oncology Practice 2010 Jan ; 6(1) : 19-23
- [⁹¹] WOOD M-L et al – Communication between cancer specialists and family doctors – Can Fam Physician 1993 ; 39 : 49-57

- [⁹²] McWHINNEY R. et al – Role of the family physician in the care of cancer patients – Can Fam Physician 1990 ; 36 : 2183-2186
- [⁹³] GONCALVES A. et al – Planification systématique de l'apprentissage hospitalier de la cancérologie par les étudiants en DCEM – Bulletin du Cancer 2011 ; 98 : 1489-1508
- [⁹⁴] HILD H. - Implications des médecins généralistes dans la prise en charge des patients cancéreux et perspectives liées à la création des réseaux de cancérologie – Strasbourg, 2008
- [⁹⁵] AUBIN M. et al – Family Physician involvement in cancer care follow-up : the experience of a cohort of patients with lung cancer – Ann Fam Med. 2010 November ; 8(6) : 526-532
- [⁹⁶] Enquête : les médecins généralistes face au cancer (de la Ligue Contre le Cancer, 2010)
- [⁹⁷] DAGADA C. et al – Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes – Presse med 2003 ; 32 (23) : 1060-1065
- [⁹⁸] NEURWIRTH ML – Rapport d'information fait au nom de la Commission des Affaires Sociales par la mission d'information sur la politique de lutte contre le cancer. Sénat Session ordinaire de 2000-2001. Annexe au PV de la séance du 27 juin 2001.
- [⁹⁹] HOERNI B. et al – Attitude des médecins et des étudiants en médecine vis-à-vis des cancers et des cancéreux – Bulletin du Cancer 1983 ; 70 (5) : 394-400
- [¹⁰⁰] COURAUD-LAOUISSET C. - Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer – Paris VII, 2010
- [¹⁰¹] VRIET S. - Amélioration de la coordination ville-hôpital en cancérologie : analyse à partir d'une enquête de satisfaction du patient et de son proche, complétée par celle du médecin généraliste – Poitiers, 2010

- [¹⁰²] VAN DER KAM WJ et al – Communication between physicians and with patients suffering from breast cancer – Fam Pract. 1998 Oct ; 15(5) : 415-419
- [¹⁰³] WOOD ML et al – Cancer in remission : challenge in collaboration for family physicians and oncologists – Can Fam Physician. 1996 May ; 42 : 899-910

RESUME

Les pathologies cancéreuses représentent la première cause de mortalité en France et sont devenues l'une des priorités nationales de Santé Publique. Le nombre de nouveaux cas annuels de cancer en France n'a cessé de progresser en doublant ces 25 dernières années. En parallèle, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009 et le Plan Cancer 2009-2013 souhaitent replacer les acteurs de Médecine Générale au centre de la prise en charge des patients atteints de cancer, et ce, à toutes les étapes auprès des patients : prévention, dépistage, annonce diagnostique, orientation, coordination et accompagnement en période terminale. Cependant, il existe un décalage entre les objectifs officiels et les possibilités du terrain. La compréhension des difficultés expliquant ce décalage a constitué l'objet de ce travail.

Une étude descriptive transversale par questionnaire a été réalisée auprès des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Le but était de savoir quelles difficultés les médecins traitants rencontraient lors de la prise en charge des patients cancéreux, quelles étaient leurs relations avec les différents intervenants et quels types d'aides pouvait-on leur apporter.

232 médecins généralistes du Poitou-Charentes ont répondu à l'étude. Ils semblent impliqués dans leurs rôles auprès de leurs patients atteints de cancer. Cela à chaque étape, hormis concernant la coordination des soins et l'annonce diagnostique. En outre, les difficultés principales citées sont le manque de temps, le manque de formation pertinente en Cancérologie et la lourdeur de la charge morale. Les problèmes posés par leurs patients sont le plus fréquemment liés à la prise en charge des complications et de la période terminale. Concernant les relations avec leurs confrères oncologues, les médecins traitants de notre région Poitou-Charentes en sont très majoritairement satisfaits, et ils souhaitent poursuivre davantage ces échanges de travail. Il est mis en évidence une forte implication des médecins généralistes de la Vienne dans le Réseau Onco Poitou-Charentes. En revanche, leurs attentes se tournent essentiellement vers une amélioration de la formation en Cancérologie qui est jugée soit insuffisante soit rapidement obsolète.

Il existe une nécessité d'entretenir des relations de bonne qualité entre médecins généralistes et oncologues, afin que chacun puisse trouver une place claire et constructive auprès des patients. La participation aux RCP, l'extension de la Formation Médicale Continue ou l'élaboration d'un Bulletin d'Information sont des pistes intéressantes pour la formation en Cancérologie des médecins généralistes. Enfin, l'intégration partielle des médecins traitants dans les structures spécialisées et une rémunération au forfait semblent, elles aussi, des pistes de réflexion, pour pallier les difficultés de la pratique quotidienne.

Mots-clés : médecin généraliste, oncologue, patient, cancer, difficultés, formation, relations



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

