

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

Thèse n°

ANNEE 2015

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

présentée et soutenue publiquement
le 4 juin 2015 à Poitiers
par **Julien DELAIRE**

Quelle est l'implication réelle de la médecine générale dans la prise en charge des patients porteurs de pathologies néoplasiques ?

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA
Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Bernard FRECHE



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

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 (**en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014**)
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. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
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 (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
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

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maitres 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. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE, d'avoir bien voulu présider ce jury de thèse. J'ai eu la chance de travailler 6 mois à vos côtés, en observant et exerçant une médecine rigoureuse, juste et humaine. Vous m'avez transmis votre passion, votre humanité et dévouement au travers de votre pratique quotidienne. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA, d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Pierre INGRAND, d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Bernard FRECHE, d'avoir dirigé ce travail de thèse. Ce fut un plaisir pour moi de travailler à vos côtés. Merci pour votre disponibilité sans limite, votre patience et vos conseils avisés. Soyez assuré de ma gratitude et de mes sincères remerciements.

Merci à mes parents, Françoise et Alain, pour votre présence et votre soutien sans-limite tout au long de ces années. Je vous serai éternellement reconnaissant.

Merci à Vanessa et Juju, pour votre présence, vos bons conseils et pour m'avoir permis d'endosser le merveilleux rôle de tonton avec Eléa et Maël.

Merci à ma « brigade d'été » de La Rochelle 2012, Ludwig, Matthieu, Bichon, Rim-K, Patou, Nico, Etienne...Vous m'avez fait aimer cette ville avec laquelle je me suis marié pour un certain nombre d'années.

Merci à Grégoire Versmée, ma première belle amitié en tant qu'interne, pour tous les bons moments passés à tes côtés au cours de mes deux premiers semestres.

Merci à mes fidèles, éternels, Michou et Camille.

Merci à Louis, Sean, Anto il me semble qu'on a encore beaucoup de jolies choses à vivre à La Rochelle.

Merci à mon Paulo, futur associé, ami et bien plus encore. Tu m'as toujours été de bons conseils, pour tout ce que tu sais. Rendez-vous le 1^{er} Octobre.

Enfin, merci à Léa, pour ce que tu m'apportes chaque jour, ton Amour, ta patience. Sans toi, je n'y serais jamais arrivé. Que tous nos projets se réalisent...

Table des matières

I. <u>Introduction</u>	10
II. <u>Objectif</u>	13
III. <u>Matériels et méthodes</u>	14
1. Notre question de recherche	14
2. Les critères de sélection	15
2.1. Les critères d'inclusion	15
2.2. Les critères d'exclusion	16
3. Sources d'informations et stratégie de recherche bibliographique	16
3.1. Généralités	16
3.2. Equation de recherche	17
4. Sélection des articles	19
5. Processus de recueil des données et données recherchées	19
IV. <u>Résultats</u>	20
1. Sélection des articles	20
2. Articles inclus dans la revue et principaux résultats	24
3. Avant le diagnostic de cancer	30
3.1. Prévention	30
3.2. Dépistage	31
3.3. Diagnostic	31
3.4. Annonce	32
4. Après le diagnostic de cancer	33
4.1. Traitement et surveillance des effets secondaires	33
4.2. Suivi	35
4.3. Soutien psychologique	36
V. <u>Discussion</u>	36
1. Principaux résultats	36

2. Forces et limites de la revue	37
3. Discussion des résultats	38
3.1. La prévention comme mot d'ordre	38
3.2. Un dépistage organisé et individuel	39
3.3. Le diagnostic du cancer n'est pas qu'une affaire de spécialistes du cancer	40
3.4. L'annonce, un exercice périlleux	40
3.5. Les médecins généralistes face au traitement du cancer	41
3.6. Un suivi qui devient rare, une fois le diagnostic posé	43
3.7. Le soutien psychologique indispensable	44
VI. <u>Conclusion</u>	45
VII. <u>Bibliographie</u>	46
Serment d'Hippocrate	59
Résumé / Abstract	60

Table des illustrations

Tableau 1: Bases de données utilisées et équations de recherche	18
Tableau 2: Motifs d'exclusion à la lecture des titres	21
Tableau 3: Motifs d'exclusion à la lecture des résumés	21
Tableau 4: Motifs d'exclusion à la lecture des articles entiers	21
Tableau 5: Principales caractéristiques des articles retenus	25
Tableau 6: Articles retenus dans la littérature suite (2)	26
Tableau 7: Articles retenus dans la littérature suite (3)	27
Tableau 8: Articles retenus dans la littérature suite (4)	28
Tableau 9: Articles retenus dans la littérature suite (5)	29

Table des figures

Figure 1: Diagramme de flux de sélection des articles	23
---	----

Liste des abréviations

CREDES : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

DCC : Dossier communiquant de cancérologie

FCV : Frottis cervico-vaginal

HSPT : Hôpital, santé, patient, territoire

INCa : Institut national du cancer

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MeSH : Medical subject Heading

MG : « le MG » = le médecin généraliste/ « la MG » = la médecine générale

PSA : Prostate specific antigen

RCP : Réunion de concertation pluri-disciplinaire

UV : Ultra-violet

I. Introduction

Le mot “Cancer” est un terme ancien, son origine provient du latin, au temps d’Hippocrate, qui décrivait « l’extension du cancer dans l’organisme comme les pattes d’un crabe » (1). Depuis, ce mot nourrit l’inquiétude d’un grand nombre de personnes en France et il est devenu une priorité nationale de santé publique. Qui, aujourd’hui, n’a pas été touché de plus ou moins près par cette « maladie »?

Selon les données les plus récentes du Plan Cancer III (2014-2019), on voit que le nombre de cas en France a doublé ces trente dernières années. Ainsi il existe près de 3 millions de personnes atteintes de cancer en France (ou qui en ont guéri), soit une famille sur trois concernée par cette maladie (2).

L’ampleur de la maladie est telle, qu’aujourd’hui, près de 355 000 personnes ont un diagnostic de cancer chaque année, dont 200 000 hommes et 155 000 femmes (2).

Sont tenus pour responsables, plusieurs facteurs dont certains sont dits « évitables ». La démographie médicale moderne en est en partie responsable, avec l’augmentation de la population française et de son âge. On retrouve également l’amélioration de la détection des cancers, mais aussi, nos comportements à risques (tabac, alcool, rayons UV), notre mode de vie (nutrition, sédentarité, obésité), et notre environnement (pollutions diverses, expositions professionnelles). Une grande partie de ces cancers est ainsi considérée comme évitable (2).

Malgré des progrès liés aux diagnostics précoces et aux nouvelles thérapeutiques, 148 000 personnes décèdent de leur cancer chaque année en France, dont 85 000 hommes et 63000 femmes, faisant ainsi du cancer, la première cause de mortalité prématurée en France (2).

Cette notion est à opposer au fait qu’à présent, en France, plus d’un cancer sur deux guérit, ce qui témoigne des progrès déjà accomplis. Certains chiffres sont également une note d’espoir pour la recherche contre le cancer, puisque 80 000 décès pourraient être évités chaque année, par des démarches de prévention individuelle ou collective (2).

Ainsi, au travers des différents Plans Cancers mis en place par le Ministère de la Santé, on a vu croître l’implication du médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients. L’exposition brève du rôle théorique du médecin généraliste au sein de ces différentes actions de santé publique, nous permet de bien comprendre le contexte actuel.

Le Plan Cancer I (2003-2007), consacrait un rôle limité au médecin généraliste, en partie défini dans la mesure 33 : « faciliter l'insertion des médecins généralistes au sein des réseaux [...] et aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires » (3).

Dans le Plan Cancer II (2008-2013), le MG est désormais placé au centre du système de santé et qualifié de « pivot du parcours de soins » (4). L'une des mesures phares de ce Plan est la mesure 18 (dans l'Axe Soins). Le rôle du médecin généraliste y est ainsi défini :

« 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, en plus de son rôle de coordonnateur, il a l'avantage d'être le médecin 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) (4).

Quant à elle, la mesure 16 (Axe prévention-Dépistage) rappelle l'implication du médecin généraliste dans les « programmes nationaux de dépistage » (4). De plus, l'omnipraticien qui, par définition, effectue une prise en charge globale de son patient (5), occupe une place primordiale dans l'après-cancer, afin d'optimiser la coordination des soins et le lien avec le secteur médico-social.

Dans ses grandes lignes, le nouveau Plan Cancer III (2014-2019) s'inscrit dans une parfaite continuité des deux plans précédents (2). Dans son objectif 2, « garantir la sécurité et la qualité des prises en charge », on retrouve l'importance d'améliorer « la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels ». Le rôle du médecin traitant, dit « de première ligne » y est réaffirmé, sous réserve d'une généralisation du dossier communicant de cancérologie (DCC) et d'une mobilisation des outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital (action 2.19) (2). On note l'importance de l'ouverture sécurisée des systèmes d'information communicants, permettant aux médecins traitants d'accéder aux dossiers médicaux hospitaliers. Les actions 2.20 et 2.21 rappellent aussi l'importance du développement du programme personnalisé de soins (PPS), qui sera à terme, intégré dans le DCC. En ce qui concerne la « prise en charge type » de la pathologie cancéreuse, l'action 2.22 met en avant l'importance d'une mise à disposition des professionnels de premier recours, des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire (2).

L'objectif 7 du Plan Cancer, « Assurer des prises en charge globales et personnalisées », met le médecin traitant en première position : d'abord en garantissant une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer (action 7.1), sans en négliger le dispositif d'annonce (action 7.2). Une fois les soins hospitaliers prodigués (phase aiguë du traitement), le médecin traitant aura pour mission de prendre le relais de manière rigoureuse, avec la remise d'un programme personnalisé de suivi et de surveillance pour la période de l'après-cancer (action 7.4), en laissant une place importante au suivi médico-social caractéristique du médecin généraliste (7.5).

Enfin, l'objectif 7 de ce nouveau Plan Cancer, est celui « d'optimiser les organisations pour une plus grande efficacité ». Cet objectif a pour but l'évolution des organisations, avec un décloisonnement des différents champs de la lutte contre le cancer, pour accélérer encore les transferts de la recherche vers les patients et pour fluidifier les parcours de santé de la prévention au soin (2). Ce dernier point n'est pas sans rappeler la loi « Hôpital-Patients-Santé et Territoire » (HPST) de Juillet 2009, dont le projet d'organisation sanitaire était de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessible à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé, avec un médecin traitant pivot du parcours de soins.

Au regard de ces différentes politiques de santé publique, le médecin généraliste détient un rôle théorique prépondérant dans la prise en charge des patients porteurs de cancer. Il est présent à toutes les étapes de la prise en charge du cancer : prévention, dépistage, diagnostic, annonce, suivi, effets secondaires et soutien psychologique.

Cependant, il n'existe que peu d'éléments chiffrés permettant d'analyser l'implication réelle des médecins généralistes sur le terrain.

En pratique, on estime en France, à 22,9 le nombre de patients « cancéreux » par médecin généraliste en 2010 (6). D'après le rapport de la Commission d'orientation sur le Cancer de 2002 et selon une étude du CREDES (« Clientèle et motifs de recours en médecine libérale en France »), un médecin généraliste voit au quotidien 2,2% de consultations à orientation cancérologie (7) (1,8% au cabinet et 3,1% au cours des visites à domicile). On note également que 71% des tumeurs sont découvertes par les médecins généralistes, contre 29% pour l'ensemble des autres spécialités (7).

II. Objectif

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'implication réelle de la médecine générale dans la prise en charge des patients porteurs de néoplasie, grâce à une revue systématique de la littérature, dont l'intérêt, est de faire un état actuel des connaissances sur ce sujet.

III. Matériels et méthodes

Il s'agit d'une **Revue systématique de la littérature**, selon les critères édités par les recommandations internationales « Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis » (*PRISMA*) (8).

Cette étude a été réalisée par une équipe multidisciplinaire au sein de la Faculté de Médecine de Poitiers, au sein du pôle de recherche du département de médecine générale, dans le groupe ayant pour thématique « Cancer et Médecine Générale ». Le protocole de réalisation a été élaboré par l'équipe de travail, afin de planifier la revue systématique, avec une méthodologie explicite, transparente et reproductible, selon les différents points exposés ci-dessous.

1. Notre question de recherche

La question de recherche de notre étude a été clairement définie. Nous avons utilisé les critères PICOTS (9), permettant de clarifier les questions et d'en préciser les concepts clés, pour exposer clairement notre question de recherche :

- **Population** ou problème médical : les patients porteurs de cancer.
- **Intervention** évaluée : place du médecin généraliste.
- **Comparateur** : intervention d'autres professionnels de santé.
- **Outcome** (critère de jugement) : identification des rôles du médecin généraliste.
- **Temporalité** : cancérologie « moderne » (20 ans de recul).
- **Setting** (milieu d'intervention): médecine générale, activité libérale/soins ambulatoires (en cabinet/visites).

Il ressort de ces critères, la question de recherche suivante : « **Quelle est l'implication réelle de la médecine générale dans la prise en charge des patients porteurs de pathologies néoplasiques ?** », qui nous a servi de fil conducteur tout au long de l'étude.

A ce jour, il n'existe aucune revue systématique de littérature abordant la place du médecin généraliste dans la prise en charge de la cancérologie, ce qui fait l'intérêt de notre recherche dans ce domaine.

2. Les critères de sélection

La sélection des études a été réalisée de manière indépendante par deux observateurs, de façon à réduire le risque d'exclure les études pertinentes et minimiser le risque d'erreur de jugement et de subjectivité et à assurer la reproductibilité des résultats.

2.1. Les critères d'inclusion

Les éléments de sélection des articles comportent plusieurs étapes, à savoir :

-La population étudiée dans notre étude correspond aux articles prenant en compte la thématique « cancer » médecine générale.

-Les articles sélectionnés dans notre étude doivent traiter d'au moins un champ d'implication de la médecine générale dans la cancérologie, à savoir : *prévention, dépistage, diagnostic, annonce, effets secondaires des traitements, suivi, soutien psychologique.*

-Nous n'avons pas mis de critère de sélection du « type » d'article compte tenu du peu d'écrits dans ce domaine.

-Nous avons défini un recul de 20 ans comme dates de publication dans nos recherches: du 01/01/1994 au 01/01/2014, après consensus d'avis d'experts, afin d'étudier les données les plus récentes sur notre sujet.

-La langue : Anglais et Français.

-Le choix d'un nombre limité de cancers étudiés (au sein même d'un article) s'est imposé, devant l'importance du nombre d'articles traitant de cancers rares ou dans un domaine très spécialisé d'un type de cancer, ce qui n'était pas pertinent pour notre recherche concernant le rôle du médecin généraliste. Nous n'avons donc retenu que les cancers les plus fréquents en France et accessibles au dépistage et à la prévention (d'après le rapport de l'Institut du Cancer

2009-2013), que sont : sein, prostate, côlon-rectum, poumon, col de l'utérus, mélanome cutané, ou les cancers en général lorsque l'article n'évoque pas un seul type de cancer mais une prise en charge globale et la prise en charge palliative d'un cancer y compris les cancers métastatiques, par le médecin généraliste.

-Le critère principal d'analyse de notre étude est la recherche de l'implication de la médecine générale dans la prise en charge de ces patients à tous niveaux, en recueillant les données de prévention, dépistage, diagnostic, traitement et effets secondaires, annonce, suivi et psychologie, au sein des articles.

2.2. Les critères d'exclusion

Nous avons décidé d'exclure de nos recherches :

-Les articles traitant de cancers fréquents mais dans un domaine trop spécialisé (sortant du champ de compétence du médecin généraliste).

-Les cancers rares et cancers pédiatriques.

-Les articles n'abordant qu'un test de dépistage de cancer en médecine générale (recherche de sang dans les selles, PSA...), devant l'abondance de publications dans ce domaine, ce qui n'est pas pertinent dans notre recherche concernant la prise en charge « globale » du médecin généraliste en cancérologie.

-Les articles n'abordant pas dans leur thématique, l'implication du médecin généraliste.

-Les articles traitant d'autres sujets que la cancérologie en médecine générale.

3. Sources d'informations et stratégie de recherche bibliographique

3.1. Généralités

Notre stratégie de recherche dans les bases de données a été conçue de manière à être assez sensible, pour que le plus grand nombre d'articles pertinents potentiels soient repérés.

Nous avons utilisé trois bases de données dans notre étude : **Pubmed** (10), **Cochrane** (11), ainsi que **Science Direct** (12). Afin de mener une recherche d'informations exhaustives et de qualité, nous avons travaillé en étroite collaboration avec un spécialiste de l'information scientifique (bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Poitiers). Une formation sur la recherche bibliographique a également été dispensée aux membres du groupe de travail, au sein du pôle de recherche du département de médecine générale.

Au cours de l'élaboration de notre revue systématique, nous avons mis en place une veille informatique, afin de mettre à jour de manière automatique les publications récentes sur notre sujet.

Nous nous sommes également appuyés sur le logiciel « ZOTERO » pour la gestion des références bibliographiques tout au long de nos travaux.

3.2. Equation de recherche

Nous avons utilisé, comme vocabulaire de recherche d'articles scientifiques, le MeSH (Medical Subjects Headings), qui est le thésaurus des termes employés pour indexer la base de données bibliographique Medline.

Ainsi, d'après notre question de recherche, les mots-clés de notre revue systématique sont les suivants :

- **General practitioners** (médecin généraliste)/**general practice** (médecine générale).
- **Neoplasm** (cancer).
- **Patient care management** (prise en charge).

Le tableau 1 résume les équations de recherche utilisées dans les trois bases de données.

Bases de données	Equation de recherche
<p style="text-align: center;">Pubmed</p>	<p style="text-align: center;">("Neoplasms"[Mesh] AND ("General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh])) AND "Patient Care Management"[Mesh] AND (("1994/01/01"[PDAT] : "2014/01/01"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR French[lang]))</p> <p style="text-align: center;">= 558 articles</p>
<p style="text-align: center;">Cochrane</p>	<p style="text-align: center;">Neoplasms AND General practice AND Patient care management, Publication Year from 1994 to 2014 in Cochrane Reviews</p> <p style="text-align: center;">= 419 articles</p>
<p style="text-align: center;">Science direct</p>	<p style="text-align: center;">Neoplasms in keyword + General practice in abstract + All sciences de 1994 à 2014</p> <p style="text-align: center;">= 48 articles</p>

Tableau 1: Bases de données utilisées et équations de recherche

4. Sélection des articles

Les étapes de sélection des articles sont documentées dans un diagramme de flux PRISMA(8) (voir figure 1), qui indique le nombre d'études retenues et le nombre d'études rejetées à chacune des étapes de sélection. Cette sélection comporte plusieurs étapes :

- Une première analyse des résultats par lecture des titres des articles.
- Une seconde analyse, celle des résumés des articles précédemment sélectionnés.
- Une troisième analyse par lecture du texte de l'article, avec sélection des articles correspondants aux critères prédéfinis dans notre méthode.

5. Processus de recueil des données et données recherchées

L'objectif principal de notre processus d'extraction des données, est de permettre une description des études incluses dans la revue. Les informations sont inscrites dans un tableau de recueil des données, exposant les principales caractéristiques des études incluses :

- **Pays**
- **Méthode/type d'article**
- **Population étudiée**
- **Contexte**
- **Principaux résultats**

Pour chacun des articles sélectionnés, nous avons analysé notre critère de jugement principal, qui est la recherche de l'implication réelle de la médecine générale dans la prise en charge des patients porteurs de cancer, dans les domaines de **prévention, dépistage, diagnostic, annonce, traitements/effets secondaires, suivi et soutien psychologique**.

IV. Résultats

1. Sélection des articles

Un total de 1025 articles a été obtenu par l'interrogation des 3 bases de données bibliographiques.

Dans la base de données Pubmed : **558 articles** ont été obtenus, puis 462 exclus à la lecture des titres (164 hors rôle du MG, 91 trop spécialisés, 88 cancers rares et/ou pédiatriques, 72 hors oncologie, 44 tests de dépistage et 3 doublons), 78 exclus à la lecture des résumés (17 articles trop spécialisés, 14 tests de dépistage, 44 hors du rôle du MG, 3 articles non obtenus en intégralité), puis 10 articles exclus à la lecture de l'article entier (7 trop spécialisés, 3 hors rôle du MG).

Dans la base de données Cochrane: **419 articles** ont été obtenus, puis 418 exclus par lecture des titres (165 hors oncologie, 160 hors rôle du MG, 88 cancers rares et/ou pédiatriques, 4 tests de dépistage, 1 doublon), 1 article exclu par lecture du résumé (hors rôle du MG).

Dans la base de données Science Direct: **48 articles** ont été obtenus, puis 45 exclus à la lecture des titres (34 hors rôle du MG, 6 tests de dépistage, 3 cancers rares et/ou pédiatriques, 2 hors oncologie), 3 exclus à la lecture des résumés (3 hors rôle du MG).

Les tableaux 2, 3 et 4 résument le nombre d'articles exclus dans chaque base de données avec les motifs d'exclusion.

	Hors rôle du MG	Hors oncologie	Cancers rares et/ou pédiatriques	Trop spécialisés	Tests de dépistage	Doublons	Non obtenus
Pubmed	164	72	88	91	44	3	0
Cochrane	160	165	88	0	4	1	0
Science Direct	34	2	3	0	6	0	0

Tableau 2: Motifs d'exclusion à la lecture des titres

	Hors rôle du MG	Hors oncologie	Cancers rares et/ou pédiatriques	Trop spécialisés	Tests de dépistage	Doublons	Non obtenus
Pubmed	44	0	0	17	14	0	3
Cochrane	1	0	0	0	0	0	0
Science Direct	3	0	0	0	0	0	0

Tableau 3: Motifs d'exclusion à la lecture des résumés

	Hors rôle du MG	Hors oncologie	Cancers rares et/ou pédiatriques	Trop spécialisés	Tests de dépistage	Doublons	Non obtenus
Pubmed	3	0	0	7	0	0	0
Cochrane	0	0	0	0	0	0	0
Science Direct	0	0	0	0	0	0	0

Tableau 4: Motifs d'exclusion à la lecture des articles entiers

Au total nous avons donc sélectionné 8 articles :

- 2 Editoriaux,
- 2 Recherches qualitatives (groupes focalisés et entretiens individuels),
- 1 Recommandation d'experts,
- 3 Enquêtes d'opinion.

Il faut noter que nous n'avons pas pu obtenir trois articles en version intégrale ; ils n'ont donc pas pu être inclus dans notre revue.

La **figure 1** décrit la procédure d'évaluation et de sélection des articles sous forme d'un diagramme de flux.

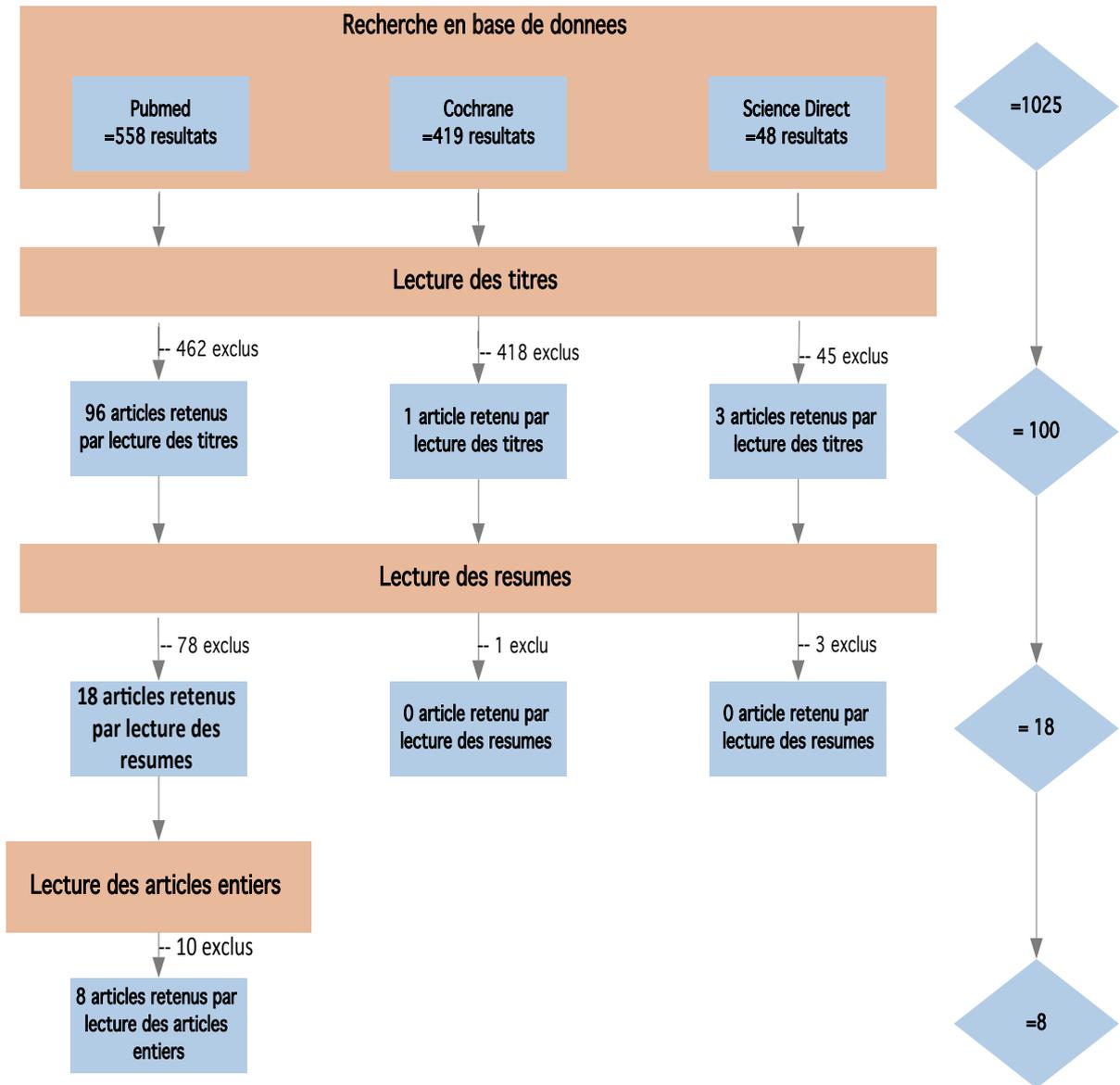


Figure 1: Diagramme de flux de sélection des articles

2. Articles inclus dans la revue et principaux résultats

Les tableaux 2, 3, 4 et 5 résument les principales caractéristiques des articles retenus dans notre revue de littérature, à savoir :

- Titre de l'article, année de parution et origine
- Pays où a eu lieu l'étude
- Méthode et/ou type d'article
- Population étudiée
- Contexte dans lequel l'article a été rédigé
- Résumé des principaux résultats.

Article	Pays	Méthode/type d'article	Population étudiée	Contexte	Principaux résultats
<p>"When patients have cancer, they stop seeing me" – the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer – a qualitative study. 2006-BMC Family practice (13)</p>	Norvège	<p>Recherche qualitative :</p> <ul style="list-style-type: none"> -groupes focalisés -entretiens individuels 	<ul style="list-style-type: none"> -Médecins généralistes -Patients porteurs d'un cancer nouvellement diagnostiqué entre 1999 et 2000 	<p>Le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patients porteurs de cancer est mal défini et varie selon le lieu et le type de patients.</p>	<p>5 thèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Implication du patient -Traiter le cancer et traiter le patient -Temps et accessibilité -Limite des compétences -MG et hospitalier devraient travailler en équipe <p>Les MG ont toute leur place dans le suivi des patients atteints de cancer avec l'avantage d'avoir leur entière confiance. Les MG sont conscients qu'ils doivent occuper un rôle plus préminent dans la prise en charge de ces patients, à condition qu'il y ait un vrai travail d'équipe incluant : le patient, l'oncologue, le MG.</p>
<p>A Model of Oncologic Care in General Medicine 2003-International journal Collegium Antropologicum n°27, 659-668 (14)</p>	Croatie	<p>Recommandations d'experts (Méthode Delphi)</p>	<p>Groupe d'experts en cancérologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> -47 oncologues -3 infirmières -1 assistante sociale -3 patients 	<p>Le cancer est le problème majeur mondial de santé publique. L'implication des médecins généralistes dans le domaine de l'oncologie n'est pas satisfaisante. Ils doivent jouer un rôle plus fort, notamment celui de coordonnateur des soins.</p>	<p>L'implication potentielle du MG en cancérologie concerne un large champ d'activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prévention/surveillance -Détection précoce des cancers -Traitements : chimiothérapie/douleur/fin de vie -Réhabilitation physique/psychique/sociale -Recherche scientifique <p>Selon les experts, les MG doivent jouer un rôle majeur dans la prévention et l'éducation des patients. 77,5% considèrent que les MG doivent avoir une démarche active dans la prise en charge de la douleur et 75% dans la fin de vie des patients cancéreux.</p>

Tableau 5: Principales caractéristiques des articles retenus dans la revue systématique de littérature

Article	Pays	Méthode/ type d'article	Population étudiée	Contexte	Principaux résultats
Caring for patients with cancer. Family physicians' role. <i>1994-Le médecin de famille canadien</i> <i>Vol.40 (15)</i>	Canada	Editorial	-Médecins généralistes -Oncologues -Patients atteints de cancer	En phase palliative, les patients atteints de cancer perdent contact avec leur médecin généraliste.	Lorsqu'ils sont atteints d'un cancer, les patients perdent de vue leur médecin de famille au profit des centres spécialisés d'oncologie. Du point de vue des MG, la principale insatisfaction est le manque d'implication qui leur est donné par les oncologues. Le manque de communication en est le premier frein. Les MG restent les garants de la santé des patients atteints de cancer lorsqu'ils sont au domicile.
Danish general practitioners only play a minor role in the coordination of cancer treatment. <i>2011-Danish medical bulletin (16)</i>	Danemark	Recherche qualitative : -Entretiens individuels (E.I) semi-directifs -groupes focalisés	Entretiens individuels de patients atteints de cancers : -6 cancers pulmonaires -4 cancers-colorectaux -2 cancers prostatiques. Groupes focalisés : -MG -Spécialistes (oncologue, pneumologue, urologue) -infirmiers hospitaliers -infirmiers libéraux	La trajectoire des patients atteints de cancer dans nos systèmes de soins est mal coordonnée. Il faut une personne pour coordonner les soins, le MG semble le mieux placé. Malheureusement, 50% des patients ne se sentent pas soutenus par leur médecin traitant, aussi bien pour le traitement de leur cancer, que pour toutes autres questions qui s'en rapportent.	2 thèmes principaux : <u>-Relation médecin-patient :</u> La majorité des patients ne contacte pas leur MG pendant la phase de traitement. Ceux qui l'ont fait, avaient un rapport singulier avec le généraliste, qui existait avant le diagnostic de cancer. Un facteur clé dans ce lien fort, est l'intérêt porté par le MG pour le patient, dans sa globalité (pas uniquement le cancer). Les patients appréciaient également une approche active du MG dans le diagnostic ou le suivi (appel téléphonique, courrier). <u>-Manque d'informations et de participation des MG :</u> La plupart des décisions concernant la prise en charge du cancer sont prises au sein de l'hôpital, à l'insu des MG. Ceux-ci souffrent du manque d'informations reçues et de ne pas être impliqués clairement dans le plan de soins de leurs patients. Les patients eux, sont surpris de l'absence de communication entre les professionnels de santé, ce qui les pénalise lorsqu'ils interrogent leur médecin de famille sur la stratégie thérapeutique de leur cancer. Les spécialistes reconnaissent ne pas prendre en compte assez les MG dans le plan de soins.

Tableau 6: Articles retenus dans la littérature suite (2)

Tableau 7: Articles retenus dans la littérature suite (3)

Article	Pays	Méthode/ type d'article	Population étudiée	Contexte	Principaux résultats
<p>Role of the primary care physician after the diagnosis of cancer. The Importance of Team Approach. <i>1998-Primary Care Vol.25 (17)</i></p>	USA	Editorial	Médecins généralistes	<p>Les MG diagnostiquent parfois des cancers au travers de symptômes ou test de dépistage, adressant ensuite le patient à un service d'oncologie, mais en ayant peu ou pas de retour sur la suite de la prise en charge. En mettant de côté ce manque de continuité de soins, le MG doit avoir un rôle actif dans la prise en charge des patients atteints de cancer durant cette difficile épreuve de vie.</p>	<p>Le MG est un membre vital de l'équipe multidisciplinaire sur laquelle le patient atteint de cancer peut s'appuyer. Ses principales fonctions et aptitudes sont : Son empathie, écoute active, son travail en réseau, son rôle dans la prise en charge palliative de la maladie avec les soins de support, la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique et familial, la gestion de la fin de vie au domicile, son accessibilité et sa disponibilité ...etc Le travail d'équipe est indispensable, mais le MG apparaît comme une ressource familière et accessible pour le patient dans le labyrinthe qu'est le système de soin d'un patient atteint de cancer.</p>
<p>Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry. <i>2004-Canadian family physician. Vol. 50 (18)</i></p>	Canada	Enquête d'opinion par voie postale.	Patients atteints de cancer 6 à 12 mois après le diagnostic.	<p>Sur 2000 patients, un MG aura 8 patients atteints de cancer et 4 décès dans les suites d'un cancer, tous les ans. 36% des patients ne savent pas qui est responsable de leur suivi dans le cadre du cancer. Les MG veulent être impliqués dans toutes les étapes du cancer et pensent que leur connaissance des patients et familles est utile pour aider à la prise de décision thérapeutique et pour le soutien psychologique. Du point de vue des patients, on voit que le soutien du MG est un facteur clé de leur qualité de vie et santé mentale, d'autant plus que le MG apparaît comme ouvert pour discuter des craintes et problèmes de patients atteints de cancer.</p>	<p>1^{ère} étude à décrire l'implication des MG selon les patients dans l'année suivant leur diagnostic.</p> <p><u>-Implication des MG :</u> 91% des patients rapportent l'implication du MG dans leur prise en charge. Durant la phase de diagnostic, 63,3% estimaient le MG comme très impliqué, pendant le traitement ils étaient 30,8%, et 39,8% durant la phase de surveillance. Les besoins des patients de la part de leur MG étaient (et pourcentage qui étaient satisfaits): gestion des problèmes autres que le cancer (89%), adresse rapidement à un confrère si nécessaire (88%), temps supplémentaire en consultation (77%), me prend rapidement en consultation si besoin (77%), répond à mes questions concernant le cancer et son traitement (59%), me demande mon ressenti sur le cancer (51%), gestion des symptômes liés au cancer (51%), répond au téléphone lorsque j'ai un problème (60%), vient me voir à l'hôpital (78%), demande le ressenti de la famille sur la maladie (38%), répond aux questions de la famille sur le cancer et son traitement (38%), visites à domicile (37%).</p> <p><u>-Implication du MG et meilleure qualité de vie :</u></p> <p>Les patients dont les MG étaient très impliqués avaient un score de qualité de vie (Fact-G score) de 10 points supérieurs à ceux qui avaient un médecin peu impliqué.</p> <p>Cette étude montre la valeur du MG au sein de l'équipe multidisciplinaire pour la prise en charge des patients atteints de cancer. Les besoins « classiques » des patients atteints de cancer sont remplis par leurs MG. Cette étude rappelle également aux MG certaines carences dans leur prise en charge, notamment dans le domaine du soutien et de l'information de l'entourage familial ainsi que dans la réalisation de visites à domicile.</p>

Article	Pays	Méthode/ type d'article	Population étudiée	Contexte	Principaux résultats
<p>The place of general practitioners in cancer care in Champagne-Ardenne. <i>2012-Bulletin du cancer/Société française du cancer</i> <i>Vol. 99-n°5 (19)</i></p>	France	Enquête d'opinion par voie postale.	Médecins généralistes	<p>Rôle fort du médecin traitant dans la prise en charge des patients atteints de cancer dans les différents textes de loi :</p> <p>-Loi HPST : où le MG est le pivot du système de soins centré sur le patient, avec pour principale mission la coordination entre les professionnels, notamment des patients atteints de cancer.</p> <p>-Mesure 18 du Plan Cancer 2 : qui prévoit de renforcer le rôle du MG, « acteur essentiel de la prise en charge en ville », qui doit être mieux informé et associé au parcours de soin. Cette mesure prévoit le développement des formations et outils de communication afin de faciliter la participation des MG.</p> <p>En pratique, les données sur le ressenti et les besoins des MG sont peu nombreuses.</p>	<p>L'incidence estimée par les MG de nouveaux cas de cancer était 8,6/an en moyenne.</p> <p>Données sur le ressenti des MG :</p> <p><u>-Réseau MG-Hôpital :</u> MG satisfaits/très satisfaits de la communication avec les oncologues (85%), du délai de réception des comptes rendus de RCP (88%) et du PPS (81%). Mais 69% d'entre eux estimaient que cette communication pouvait être améliorée (pistes : accès au DCC (86%), échanges téléphoniques et courriels (68%)). Souhait de participer aux RCP également exprimé (46%) et aux consultations d'annonce (35%) (limité par manque de temps).</p> <p><u>-Degré d'informations délivré au patient :</u> Méconnu pour 60% des MG, et 78% ne connaissent pas le degré d'information délivré à l'entourage des patients.</p> <p><u>-Participation à l'annonce :</u> Seuls 3% des MG n'y participent jamais, les autres y participent « le plus souvent » (18%) et 37% « régulièrement ».</p> <p><u>-Outils d'amélioration :</u> 61% des MG souhaiteraient un numéro d'appel régional spécialisé en oncologie et 80% demandent un annuaire téléphonique des ressources régionales, mis à jour sur internet.</p> <p><u>-Formation en Cancérologie :</u> 64% des MG considèrent leur niveau de formation en oncologie insuffisant. Les thèmes fortement plébiscités sont dans les soins oncologiques de support : gestion des effets indésirables (93%), urgences oncologiques (81%), soins palliatifs (81%) et le traitement de la douleur (71%)</p>

Tableau 8: Articles retenus dans la littérature suite (4)

Article	Pays	Méthode/ type d'article	Population étudiée	Contexte	Principaux résultats
Management of cancer patients by general practitioners. Results of a survey among 422 physicians in Aquitaine. 2003- <i>La presse médicale</i> (20)	France	Enquête d'opinion par voie postale.	Médecins généralistes	<p>Pour améliorer la qualité de vie des patients et diminuer le cout des traitements, la prise en charge thérapeutique de ces patients est de plus en plus réalisée en ambulatoire ou lors de courtes hospitalisations.</p> <p>Ainsi, le temps passé en dehors d'une structure de soins renforce l'importance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients atteints de cancer.</p>	<p><u>Prise en charge des patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -En moyenne 16 patients atteints de cancer par MG et incidence de 5 nouveaux cas par an. -63% des médecins interrogés préféraient annoncer eux même le diagnostic à leurs patients. Les facteurs influençant l'orientation du patient étaient : la spécialité du médecin à qui ils l'adressent (62%), le choix du patient et de sa famille (51%), la structure d'accueil (51%), la localisation tumorale (35%). -Les situations vécues comme complexes par les MG étaient : la rechute, l'accompagnement en période « terminale » et le traitement des effets secondaires de la chimio/radiothérapie (pour 1 MG sur 2). -Les principaux motifs de consultations de patients cancéreux : ordre psychologique (68%), médical (25%) et social (6%). <p><u>Communication avec les spécialistes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Quantité d'informations « correcte » pour 52%, « bonne » (42%) et « médiocre » (6%). Le délai d'obtention des informations « dépendant du spécialiste » pour 54% des MG. -82% des MG auraient accepté que la surveillance des patients en rémission leur soit déléguée. <p><u>Formation cancérologie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Plus de la moitié des MG souhaitaient voir développer l'enseignement post- universitaire et la formation médicale continue.

Tableau 9: Articles retenus dans la littérature suite (5)

La plupart des articles obtenus s'accordent à dire que le MG a un « rôle potentiel » majeur dans la prise en charge des patients porteurs de néoplasie, à la fois « coordonnateur des soins » ou « pivot », avec pour avantage de prendre en charge les patients dans leur globalité. Mais la plupart du temps, son rôle est mal défini ou limité par certains facteurs que nous détaillerons.

Le critère d'analyse principal de notre étude était la recherche de l'implication de la médecine générale dans la prise en charge de ces patients à tous niveaux, en recueillant les données de *prévention, dépistage, diagnostic, annonce, traitement et surveillance des effets secondaires, suivi et soutien psychologique*, au sein des articles. Nous allons analyser les résultats de la revue systématique dans chacun de ces domaines de compétence.

3. Avant le diagnostic de cancer

3.1. Prévention

L'analyse des résultats de l'avis d'experts Croates sur l'implication du MG en cancérologie nous montre l'importance de son rôle dans le domaine de la prévention (champ de compétence prioritaire du MG dans cette étude (14)). Dans ce domaine, sont retenues les actions d'éducation (67,5% des experts estiment que les MG doivent agir dans ce domaine de manière active et prendre des mesures spécifiques pour chaque patient à risque), prévention des risques professionnels (52,5%), prévention du risque de cancer bronchique (20% demandent une démarche active auprès des patients à risque et 77,5% estiment que c'est rôle du MG de manière générale pour tous les patients fumeurs de proposer le sevrage tabagique) et campagnes de prévention contre le tabagisme en milieu scolaire (77,5%) (14).

Ainsi, le MG est présenté comme un des acteurs principaux de la prévention des cancers, en raison de son contact avec une grande partie de la population. Cependant, concernant certains comportements à risque, donc évitables, l'enquête d'opinion réalisée auprès de médecins généralistes exerçant en région Aquitaine, montre que moins de 2/3 des MG interrogés conseillaient le sevrage tabagique à leurs patients. Cette attitude est encore moins

systematisée par rapport à l'alcoolisme ou aux habitudes alimentaires, les conseils de prévention n'étant délivrés que s'il existe une pathologie associée (20).

3.2. Dépistage

Les auteurs de l'article croate mettent en avant l'importance de la détection précoce des cancers, ils notent que cela fait partie du troisième rôle prioritaire du MG dans le domaine de la cancérologie (14), les deux autres étant le traitement et la prévention des cancers. Six groupes de cancers sont privilégiés et considérés comme priorités de santé publique par les experts. Les auteurs rappellent que dans ce domaine, les pratiques des médecins généralistes doivent évoluer vers une démarche active: selon 97% des experts, d'abord le cancer du sein (grâce à un examen clinique annuel et une mammographie) puis le cancer du col (grâce au FCV) sont au 1^{er} rang des cancers qui doivent être dépistés.

Pour eux, viennent ensuite, le cancer de la prostate (97,5%) avec une note d'information à donner à tous les hommes de plus de 40 ans sur les symptômes de ce cancer. Viennent ensuite, les cancers oropharyngés (82,5%), les cancers cutanés (77,5%), le cancer-colorectal (75%) et enfin, le cancer testiculaire (70,5%).

Le rôle du MG est déterminant pour informer et orienter les personnes dont l'examen de dépistage est positif, afin de limiter autant que possible les délais de diagnostic et de prise en charge. L'enquête réalisée en Aquitaine a mis en évidence que 35% des MG interrogés souhaitaient une formation sur la thématique dépistage. Il est précisé dans cet article qu'ils étaient 78% en 1983 (20) (21).

3.3. Diagnostic

D'après l'étude réalisée en Champagne-Ardenne, l'incidence de nouveaux cas de cancer estimée par les MG était de 8,6 nouveaux cas par an en moyenne, contre 5 nouveaux cas par an pour les MG exerçant en région Aquitaine (19) (20). L'étude Canadienne rappelle elle, que pour un MG canadien qui s'occupe de 2000 patients, 8 patients auront un diagnostic de cancer tous les ans et 4 en mourront (18).

L' enquête d'opinion canadienne réalisée auprès de patients atteints de cancer entre 6 mois et 1 an après le diagnostic, décrit l'implication du MG durant cette phase de diagnostic de cancer (18). Dans cette étude, 63,3% de MG disent être « très impliqués » durant cette phase (18). De même, l'opinion des patients vis à vis de leur médecin de famille durant cette phase était plutôt bonne et ils exprimaient leur satisfaction sur la rapidité avec laquelle le diagnostic de cancer avait été fait. A l'inverse, dans cette étude, 30% des patients pensaient que le diagnostic aurait pu être fait plus tôt et exprimaient leur désir de changer de médecin traitant, tenu pour responsable ($p < 0,05$) (18). La lecture approfondie de ces 7 articles ne met pas en évidence le rôle fondamental du médecin généraliste dans le diagnostic, à savoir la recherche étiologique du cancer grâce aux symptômes et à la prescription d'examens complémentaires.

3.4. Annonce

La participation à l'annonce de cancer est un des rôles du MG. Dans l'enquête d'opinion réalisée en Champagne-Ardenne, sur 403 MG interrogés (24% en milieu rural, 22% en semi-rural et 54% en ville), seuls 3% des répondants estimaient ne jamais intervenir dans l'annonce d'un cancer. Les autres participaient plus ou moins fréquemment ; parmi eux : 18% participaient « le plus souvent » à l'annonce de la maladie et 37% y participaient « régulièrement » (19). L'enquête réalisée en Aquitaine, montre des chiffres similaires, puisque 63% des MG interrogés préféraient annoncer eux-mêmes le diagnostic de cancer à leurs patients (20). Dans une démarche de travail d'équipe, cette étude précise que 35% des MG interrogés avaient le désir de participer aux consultations d'annonce avec le cancérologue (19).

Mais il est précisé qu'un des principaux freins dans la participation à cette phase d'annonce pour les MG était, outre le manque de temps, le degré d'information déjà délivré au patient. De plus, 60% des MG interrogés affirmaient ne pas connaître le degré d'information déjà délivré au patient sur le cancer et 78% d'entre eux ne connaissaient pas le degré d'information délivré à l'entourage du patient (19).

Ces articles ne traitent pas de la préparation à l'annonce, qui pour les médecins généralistes est faite très en amont du diagnostic anatomo-pathologique.

4. Après le diagnostic de cancer

Une enquête d'opinion réalisée auprès de patients canadiens atteints de cancer aborde la question de la vision des patients dans le suivi du cancer par leur MG, s'interrogeant sur le type d'aide souhaitée par les patients et son application en pratique, sur le terrain.

Une étude qualitative danoise, elle, rapporte la vision du « duo patient atteint de cancer-médecin généraliste » durant la phase de traitement, où le MG est censé jouer un rôle de coordonnateur (16).

Une étude récente réalisée en Champagne-Ardenne met en évidence des pistes pour renforcer la place du MG dans la prise en charge du patient atteint de cancer, au travers d'une enquête d'opinion sur la satisfaction ainsi que les besoins des MG dans cette prise en charge (19). Le rapport d'experts croates en oncologie, décrit également le rôle idéal du MG dans la prise en charge des patients après la phase de diagnostic (14), rôle également décrit comme « central » dans l'éditorial de la revue « Primary Care » (17), où vient la notion de « travail d'équipe ». L'étude réalisée en région Aquitaine s'attache à décrire le rôle du MG dans la prise en charge des patients atteints de cancer, avec notamment l'influence de la relation MG-spécialistes (20).

Cependant, la plupart des études mettent en avant le fait que le médecin généraliste perd de vue les patients porteurs de cancer une fois le diagnostic fait (13) (15) (15) (20).

4.1. Traitement et surveillance des effets secondaires

Le médecin généraliste, de par sa connaissance du patient et de son environnement, apparaît comme un « acteur clé » dans la prise de décision concernant les thérapeutiques du cancer (18).

Dans cette étude canadienne, 74,4% des patients interrogés considéraient leur MG impliqué durant la phase de traitement de leur cancer (18).

Il apparaît comme un soutien indispensable à cette étape, puisque 49% des patients interrogés « aimeraient que le MG puisse répondre aux questions concernant le traitement du cancer ». Parmi ces patients, 59% sont satisfaits de leurs MG dans la réponse à ses questions techniques, il y est d'ailleurs souvent décrit comme « l'interprète » des oncologues (18).

L'article précise, en ce qui concerne les symptômes annexes, relatifs aux traitements du cancer (douleurs, nausées, diarrhées, dépression) que 33% des patients souhaitent l'implication du MG pour pallier ses effets secondaires (18).

L'enquête réalisée en Aquitaine rapporte que la gestion des effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie, était pour 50% des médecins généralistes une étape « complexe » de leur exercice, d'autant plus que ces événements survenaient le plus souvent à domicile (20). Ainsi, interrogés sur les besoins en formation dans le domaine de la cancérologie, plus de la moitié souhaitaient voir se développer l'enseignement post-universitaire et la formation médicale continue, avec pour thématique prioritaire, celle relative aux « aspects thérapeutiques » en cancérologie.

Cette demande, rappelle celle des MG exerçant en Champagne-Ardenne, où les besoins en formation concernaient principalement les « soins oncologiques de support » avec : pour 93% des MG interrogés, un besoin de formation en gestion des effets secondaires des traitements, des urgences cancérologiques (81%), des soins palliatifs (81%) et le traitement de la douleur (71%) (19).

Cependant, l'étude danoise, rapporte elle, que près de la moitié des patients atteints de cancer ne se sentent pas soutenus par leur MG durant la phase de traitement (16). Ces mêmes patients préfèrent contacter le centre d'oncologie où ils sont suivis. Cette étude montre également que plus le patient et son MG sont proches avant le diagnostic du cancer, plus les patients s'appuient sur celui-ci, à toutes les étapes, notamment celle du traitement. Le facteur limitant l'implication du MG à cette étape, était le plus souvent, le manque d'informations reçues par le MG de la part des oncologues. Les MG réclamaient également l'opportunité donnée par l'hôpital d'être impliqués dans les prises de décisions concernant le plan de traitement (16).

Le rapport d'experts croates rappelle l'implication du MG pendant la phase de traitement, où le traitement de la douleur et la fin de vie doivent être prioritaires. On voit que 92,5% des experts s'accordent à dire que le MG doit avoir un rôle actif dans le traitement des 3 formes de douleurs (physique, psychique et sociale) et 75% d'entre eux pensent que le MG doit participer aux chimiothérapies (14).

4.2. Suivi

Le constat le plus fréquent en ce qui concerne le suivi des patients atteints de cancer, est qu'ils « perdent de vue leur MG après le diagnostic ». Le Dr McWhinney, chef de service d'une unité de soins palliatifs dans l'Ontario, décrivait déjà ce phénomène dans son article publié en 1994 (22).

Cependant, certaines caractéristiques propres au médecin de famille en font un pilier de la prise en charge après la phase de diagnostic : « prenant le temps » et « facilement accessible », ils bénéficient ainsi de la confiance de leurs patients (13). Ainsi, l'omnipraticien, qui par définition, prend en charge son patient de manière globale (5), peut suivre le patient atteint de cancer pour de multiples problèmes : « état général », « douleur », « problèmes familiaux » et « économiques » (13).

L'étude canadienne portant sur le rôle des MG, vu par les patients atteints de cancer, montre que 91% d'entre eux rapportaient l'implication de leur MG depuis le diagnostic (18). Dans cette même étude, 83% des patients avaient été vus par leur MG au cours des 4 derniers mois (18). Les patients qui rapportaient leurs MG comme « très impliqués » dans la phase de suivi, étaient également ceux qui avaient été satisfaits de la rapidité avec lequel le diagnostic du cancer avait été fait. On voit également, que ces mêmes patients, dont les MG étaient « très impliqués », avaient un score de qualité de vie (FACT-G score (23)) 10% supérieur aux autres patients (18). Dans cette étude, les facteurs responsables de cette baisse de l'implication des MG au cours du suivi, étaient le manque de consultations « programmées » par les MG avec ces patients (ils étaient 47% à n'avoir aucun rendez vous de prévu avec leurs médecins traitants). Cette carence vient du fait que les patients et MG sont habitués au suivi programmé par les oncologues, mais également l'image du MG qui n'est pas vue comme le médecin coordonnateur des soins en cancérologie.

Au cours du suivi de ces patients atteints de cancer, les phases de rechute et accompagnement terminal sont souvent vécues comme « complexes » par les médecins généralistes (20). A l'inverse, pour les patients en rémission, 82% des patients interrogés en région Aquitaine auraient accepté que le suivi de ces patients leur soit confié (20).

4.3. Soutien psychologique

Le diagnostic de cancer est un traumatisme dans la vie des patients et de leur famille. Ainsi, le MG a un rôle central dans le « confort » et « soutien émotionnel » de ces patients dans cette étape très traumatisante de leur vie (17). Le MG, avec son « habileté communicationnelle », son « écoute active », doit pouvoir prendre en charge la souffrance psychologique des patients atteints de cancer : perte de l'estime de soi, peur, angoisse, dépression (17).

L'étude réalisée en région Aquitaine, rappelle que les problèmes d'ordre « psychologique » de patients atteints de cancer, représentaient 68% des motifs de consultation de patients atteints de cancer pour les MG (20).

On voit également que 84% des patients canadiens interrogés rapportaient un rôle conséquent du médecin généraliste dans leur soutien psychologique (18). Le MG est également présent dans le soutien apporté aux familles des patients atteints de cancer. Les mêmes patients interrogés indiquaient que leur MG prenaient le temps de discuter avec la famille, prenant en compte leur ressenti (18).

V. Discussion

1. Principaux résultats

Notre travail a permis de réaliser une synthèse, à partir d'une revue systématique de la littérature, de l'implication de la médecine générale dans la prise en charge des patients atteints de cancer, dans différents champs de compétences du médecin généraliste en oncologie.

Au travers des 8 articles scientifiques retenus, provenant de 6 pays différents, où système de santé et parcours de soins des patients diffèrent, les résultats rapportés reflètent l'implication des MG dans toutes les étapes de prise en charge du patient atteint d'une pathologie néoplasique ou susceptible de l'être, allant de la prévention, au diagnostic, jusqu'à l'accompagnement en fin de vie, au domicile des patients.

2. Forces et limites de la revue

Nous avons utilisé les recommandations du « *PRISMA Statement* » (8) concernant les revues systématiques, dans le but de réaliser ce travail selon une démarche scientifique rigoureuse. Ainsi, le processus de réalisation de cette revue est clair et transparent.

La principale force de notre étude est le nombre important d'articles analysés, avec 1025 articles obtenus par l'interrogation des trois bases de données. Les huit articles retenus nous ont permis d'obtenir des données quasi exhaustives ainsi qu'une information scientifique récente puisque six des huit articles sont parus après 2003.

Les deux articles récents issus d'études effectuées en France, montrent l'implication récente de la recherche sur cette thématique en France.

N'ayant pu obtenir trois articles (24) (25) (26), dont les abstracts ont été sélectionnés, il est possible que cette étude n'est pas retranscrit certaines données intéressantes.

Notre travail présente cependant plusieurs limites, le classant en tant que « méta-synthèse » plutôt qu'une revue « systématique » de la littérature.

Tout d'abord, nous n'avons pas fait d'évaluation de la qualité des articles retenus, ce qui constitue un biais méthodologique, contrairement aux recommandations de la PRISMA (8), compte tenu de la diversité de types d'articles inclus dans l'analyse et considérant que la qualité des études n'était pas un facteur déterminant. Par exemple, les éditoriaux ont un faible « impact-factor », mais sont malgré tout un reflet non négligeable de la vision de certains scientifiques sur notre question de recherche. Il apparaissait donc indispensable de les prendre en compte dans notre analyse, en gardant à l'esprit le poids de leurs conclusions. Par ce fait, nous nous sommes posés la question sur la classification de notre étude. S'agit t-il d'une revue systématique de la littérature ou d'une méta-synthèse ? Ceci ne retire en rien l'importance des données recueillies.

Une autre des limites de ce travail est la restriction des langages (Anglais-Français) dans les critères d'inclusion. Ce choix a pu favoriser un biais de sélection, que nous jugeons minime. Néanmoins, peu d'articles ont été exclus pour ce motif puisque la majorité de la littérature scientifique internationale est rédigée en Anglais.

Enfin, notre travail comporte un biais de publication quasi inévitable : la recherche d'articles dans notre thématique reposait exclusivement sur la lecture d'articles provenant de littérature spécialisée, dont la validité et l'intérêt avant d'être publiés ont été soumis à un comité de

lecture. Le problème est, que les articles qui montrent une différence significative ont plus de chance d'être publiés que les études qui n'en montrent pas. La conséquence est que nous avons probablement eu tendance à omettre les articles n'ayant pas abouti à démontrer une différence malgré l'intérêt potentiel qu'ils auraient pu avoir.

3. Discussion des résultats

3.1. La prévention comme mot d'ordre

Notre étude rappelle que le médecin généraliste, en contact avec une grande partie de la population, a toute sa place dans le domaine de la prévention. Son rôle central était défini dans l'axe 16 du Plan Cancer 2 (4), afin de lutter contre les inégalités face au cancer, première cause de mortalité évitable.

On retrouve effectivement dans le rapport d'experts croates, la prévention des cancers comme l'activité prioritaire du MG dans le domaine de la cancérologie, devant la surveillance du traitement et le dépistage précoce (14). Le rôle du médecin généraliste à cette étape y est crucial, quand on sait qu'aujourd'hui, près d'un cancer sur deux pourrait être évité (2).

Parmi ces facteurs de risques évitables, la lutte contre la consommation de tabac doit rester un des objectifs du MG ; le tabac étant le premier facteur de risque évitable de cancers en France, responsable à lui seul de près de 30 % des décès par cancer (2).

Plus de 30 % des 15-75 ans fument quotidiennement en France, soit 13 millions de personnes (2). Les chiffres de l'enquête d'opinion réalisée auprès des MG de la région Aquitaine, nous montrent que, sur le terrain, ils ont encore des efforts à fournir dans ces démarches de prévention car seulement 2/3 pratiquaient les conseils de sevrage tabagique (20).

Pouvant expliquer en partie cet échec, certaines études reflètent la méconnaissance du caractère addictif du tabac chez les MG. Les chiffres de la mission inter-ministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie publiés en 2000 montrent que, seulement un généraliste sur deux classe le tabac parmi les drogues dures, alors que l'on sait que les forts taux de récurrence (90 % à six semaines) et de dépendance sont les mêmes que pour l'héroïne (27). D'autre part, les généralistes n'ont pas toujours conscience de l'importance sanitaire des pathologies liées au tabagisme. Le tabac tue davantage que le sida, les accidents de la route, l'alcool, les

homicides, les suicides et les drogues dites « dures » réunis, tuant dans le monde, une personne chaque seconde (27).

3.2. Un dépistage organisé et individuel

La littérature scientifique traitant des tests de dépistage en médecine générale est abondante. Ainsi, 65 articles ont été exclus de notre étude au travers des étapes de sélection. Nous avons pris le parti de les exclure, considérant que les débats scientifiques parfois contradictoires concernant chacun des tests, n'avaient pas d'intérêt par rapport à notre question de recherche. On voit cependant, que le MG est un acteur fort des campagnes de dépistage, en France notamment, son rôle théorique était énoncé dans la mesure 16 du plan Cancer 2 (4).

Dans notre étude, le rapport d'experts croates plaçait le « dépistage » comme 3^{ème} rôle prioritaire du MG dans le domaine de la cancérologie (14), définissant comme prioritaires, 6 groupes de cancers : sein, col de l'utérus, colorectal, prostate, cutané et testiculaire (14).

A ce niveau en France, il existe un programme de « dépistage organisé » par les autorités de santé publique, pour le cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal, mais également un dépistage individuel, pour les cancers cutanés, les cancers de la cavité buccale, où le médecin généraliste joue le rôle d'acteur principal. Pour chacun de ces cancers, l'INCa met à disposition des guides, aussi bien pour les professionnels de santé que pour le grand public, accessibles sur internet (28). Notre revue de la littérature ne permet pas de connaître la réelle application de ces référentiels sur le terrain.

Cependant, dans notre recherche, les MG de la région Aquitaine souhaitent peu d'informations complémentaires concernant les démarches de prévention et dépistage (20), ce qui reflète probablement d'une certaine assurance et évolution des connaissances des MG dans ce domaine, à l'inverse des chiffres parus en 1978 (21). Une seconde explication pourrait être d'ordre culturel, le rôle du médecin traitant étant essentiellement perçu en France comme curatif. Les MG, au travers de la formation continue obligatoire mais aussi, de l'enseignement actuel pour les plus jeunes, semblent plus sensibles aux démarches de prévention et dépistage, mais qu'en est-il en pratique ? Une enquête réalisée auprès de MG du Doubs, dans le cadre du dépistage des cancers du col de l'utérus, montrait que plus de 80% des médecins s'estimaient suffisamment formés, alors que plus de la moitié n'en maîtrisait

pas correctement les indications et exprimait des difficultés dans la réalisation du geste technique (29).

3.3. Le diagnostic du cancer n'est pas qu'une affaire de spécialistes du cancer

Notre étude suggère que les MG sont impliqués dans le diagnostic de cancer. L'enquête d'opinion canadienne réalisée auprès de patients atteints de cancer, montrait, que près de 2/3 des médecins généralistes étaient « très impliqués » durant cette phase (18). Les chiffres d'incidence du cancer chez les MG sont assez similaires au travers des différents articles : 8,6 nouveaux cas de cancer par an pour les MG de Champagne-Ardenne (19), chiffre semblant cohérent avec les données épidémiologiques de Francim (30), contre 8 pour les médecins canadiens (18) et 5 pour ceux exerçant en région Aquitaine (20). La littérature ne nous a pas permis de mettre en évidence le reflet du nombre de cas de cancer diagnostiqués par les médecins généralistes, mais les chiffres du CREDES nous rappellent que plus de 2/3 des cancers sont diagnostiqués par les médecins généralistes (7). On peut imaginer que le médecin généraliste peut intervenir dans différentes étapes de diagnostic du cancer : en recevant les résultats d'anatomo-pathologie après avoir pratiqué lui même un frottis cervico-vaginal dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col, en ayant prescrit une radiographie thoracique à un patient fumeur présentant certains symptômes d'alerte, dont l'image suspecte entrainera la réalisation d'explorations complémentaires, ou lorsque le dosage du PSA pratiqué pour l'exploration d'une prostate irrégulière et pierreuse revient anormalement élevé...

3.4. L'annonce, un exercice périlleux

Notre étude relève une participation importante des médecins généralistes dans l'annonce des cancers, un des projets clés du plan cancer 2 (4). Ils étaient notamment 97% de MG de Champagne-Ardenne à y participer à des degrés ou fréquences variables (19) et près de deux-tiers des MG de la région Aquitaine à annoncer eux-mêmes le diagnostic de cancer à leurs patients plutôt que par le biais de l'oncologue (20). Ces chiffres mettent en avant l'influence de la relation privilégiée qu'ont les médecins de famille et leurs patients. Le médecin généraliste, caractérisé par sa « quadruple accessibilité », *géographique, temporelle,*

financière et culturelle, semble être l'interlocuteur privilégié pour aborder les problèmes de santé les plus graves, comme l'annonce d'un cancer (31).

La participation des MG à l'annonce du cancer est en revanche un exercice complexe et, sans un échange précis entre les MG et oncologues sur les termes employés avec le patient et sa famille, l'exercice en devient plus complexe. Ce constat se reflète au travers de notre étude, le principal frein des médecins généralistes dans cette démarche d'annonce du cancer est le manque de communication existant avec les différents spécialistes du cancer.

Plus de deux-tiers des MG de Champagne-Ardenne estimaient que la communication entre oncologue et médecin traitant était à améliorer, l'accès au DCC étant le moyen le plus cité pour améliorer cette communication, venant ensuite les échanges téléphoniques et les courriels (19). On voit pourtant, que 84% des MG interrogés en région Aquitaine, considéraient comme « suffisante » l'information transmise par les oncologues, sans préjuger de l'existence ou non d'information concernant l'annonce du cancer au patient (20).

Le contenu des courriers rédigés par les oncologues, transmis aux MG, nécessite d'être complet, notamment en ce qui concerne les informations déjà délivrées au patient et à son entourage, afin d'éviter toute confusion sur l'annonce du cancer, étape cruciale dans la vie du patient (32).

Malheureusement, « Il n'existe pas de "bonnes" façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres » (33), les recommandations de l'HAS concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle, apparaissent comme une piste intéressante pour améliorer cette étape complexe (34).

3.5. Les médecins généralistes face au traitement du cancer

Notre étude suggère que le médecin généraliste est impliqué dans la phase de traitement du cancer. Trois-quarts des patients interrogés dans l'étude canadienne se sentaient soutenus par leurs MG durant cette phase (18), alors qu'ils étaient moins de la moitié dans l'étude Danoise (14).

Notre recherche révèle cependant la difficulté des MG dans ce domaine, notamment la gestion des effets indésirables des traitements du cancer, considérée comme étape « complexe », où la formation à ce niveau semble faire défaut (20). Ainsi, un médecin généraliste sur deux

interrogé en région Aquitaine redoutait cette étape (20) et les demandes de formation concernaient également la moitié de ces médecins, constat similaire pour les médecins de la région Champagne-Ardenne (19). Ces données traduisent un paradoxe entre les attentes sur le rôle du médecin généraliste, notamment au travers des différents Plans cancer et leur applicabilité.

En effet, la mesure 18 du Plan Cancer 2, prévoyait de « Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant. Faire bénéficier au moins 80 % des patients d'un programme personnalisé de soins. Ce programme devra systématiquement impliquer le médecin traitant » (4). On voit bien au travers de notre recherche que la réalité est toute autre. Notre travail révèle que le principal frein concernant l'implication des MG dans le traitement est, outre le manque d'informations données par les spécialistes du cancer concernant le plan de traitement, l'absence de directives données directement au médecin traitant en sortie d'hospitalisation. Bien qu'une majorité de MG de Champagne Ardenne s'estimait satisfaite de la communication avec leurs confrères cancérologues, plus de deux-tiers estimaient que la communication était à améliorer (19) contre plus de la moitié pour les médecins de la région Aquitaine (20).

L'enquête nationale de la ligue contre le cancer réalisée en 2010, sur le thème « les médecins généralistes face au cancer » fait le même constat: sur 565 médecins généralistes interrogés, seuls 48% étaient satisfaits des informations fournies par leurs confrères (35). L'étude danoise reflète, elle aussi, bien les limites du MG dans la phase thérapeutique, rappelant les difficultés des oncologues quant au rôle qu'ils doivent donner au médecin traitant, limité dans son rôle de coordinateur des soins (16).

Compte tenu des progrès constants de la recherche contre le cancer, l'émergence de nouvelles thérapeutiques de plus en plus ciblées, il apparaît difficile pour les médecins généralistes actuels, soumis à la pression d'une demande accrue, de pouvoir mettre à jour leurs connaissances sans une restructuration du système actuel.

La participation des MG aux RCP de cancérologie serait une avancée pour faciliter les échanges et la participation des MG. En pratique, cela semble difficile à mettre en place, avant tout par manque de temps (19).

Le projet DCC, initié déjà à titre expérimental dans le premier Plan Cancer (3) en 2004 est en voie de généralisation. Son but est de faciliter le partage des données médicales des patients entre les professionnels de santé du réseau régional de cancérologie, y compris les médecins traitants, quel que soit le lieu où le patient est pris en charge (36). Son déploiement et sa

démocratisation semblent être un levier indispensable pour faciliter la communication entre les acteurs et permettre aux médecins généralistes d'accroître leur rôle dans la prise en charge des patients, notamment durant la phase thérapeutique.

Outre les traitements actifs contre le cancer, le médecin généraliste doit jouer un rôle prédominant dans le traitement de la douleur de ces mêmes patients (14), dans ces trois composantes : physique, psychique et sociale. Les besoins en formation dans le domaine des soins oncologiques de supports (19) (20) sont un reflet des difficultés rencontrées par les médecins généralistes durant la phase de traitement.

Ainsi, la formation médicale continue, devenue obligatoire depuis l'ordonnance du 25 avril 1996 (37), paraît être une solution pour pallier les besoins des médecins généralistes, dans le cadre d'une thématique « cancer », adaptée aux besoins des médecins généralistes.

3.6. Un suivi qui devient rare, une fois le diagnostic posé

Notre étude retrouve l'implication du MG dans la phase de suivi du cancer (13) (18) (20). Son accessibilité et son écoute en font un allié de choix pour cette épreuve difficile (13). Dans nos recherches, on retrouve des lacunes dans la continuité des soins en milieu hospitalier, notamment lorsque le patient atteint de cancer n'est pas suivi par le même oncologue au cours des différentes consultations (13).

Une des caractéristiques de la médecine générale est le suivi dans le temps lors de consultations qui peuvent être rapprochées, selon les circonstances (5). La possibilité de réaliser des visites à domicile est également une spécificité de la médecine générale. « Qui d'autre que le médecin traitant peut venir voir son patient au domicile? ». Cette question était souvent posée par le Dr McWhinney, médecin dans un service de soins palliatifs, à ces patients atteints de cancer qui ne comprenaient pas l'utilité du médecin généraliste dans leur cas (15). Notre étude révèle également les difficultés qu'ont les médecins avec les phases de rechute et d'accompagnement en fin de vie, situations souvent vécues comme complexes (20). Mais le constat qui se dégage de la littérature est net, le médecin généraliste perd de vue son patient une fois le diagnostic fait. L'étude réalisée en Norvège dont le titre « *When patients have cancer, they stop seeing me* » parle de lui même. On y observe qu'après l'annonce du diagnostic et le début de la prise en charge en milieu hospitalier, les patients consultent moins fréquemment leur MG (13). Une fois de plus, ce sont l'absence de coordination entre la ville

et l'hôpital ainsi que le manque de communication entre les différents professionnels de santé qui sont montrés du doigt.

Les pistes évoquées plus haut, notamment le DCC avec le développement des réseaux régionaux d'oncologie, sont des pistes à explorer, pour réaffirmer le rôle du médecin généraliste durant cette phase.

3.7. Le soutien psychologique indispensable

Notre étude met en évidence l'importance du médecin généraliste dans le soutien psychologique des patients atteints de cancer. L'enquête réalisée en région Aquitaine montre que le motif « psychiatrique-psychologique » est le plus fréquent des motifs de consultation des patients atteints de cancer chez un médecin généraliste (20).

En effet, le cancer est un traumatisme psychique majeur dans la vie des patients et de leur entourage. Notre recherche nous rappelle que les symptômes les plus fréquemment vus par les MG sont notamment la perte d'estime de soi, la colère, la peur, la culpabilité, le repli sur soi, l'anxiété mais avant tout, la dépression (17).

Le lien existant entre le cancer et la dépression a fait l'objet de nombreuses recherches. Une étude britannique récente, publiée dans « The Lancet Psychiatry » montre que, non seulement les patients atteints de cancer sont plus souvent atteints de dépression que la moyenne, mais ils sont aussi sous-diagnostiqués (38). En effet, un patient ne réalise pas toujours que son mal-être n'est pas une simple déprime liée à son état de santé, mais clairement une pathologie qu'il convient de prendre en charge et ne surtout pas négliger.

Ces signes qui peuvent être « masqués » au cours d'une consultation au cabinet de médecine générale, sont parfois plus parlants lorsque le patient est dans son environnement familial. Il apparaît donc indispensable de prendre en considération la vision de l'entourage du patient.

Notre étude révèle également l'appui du médecin traitant dans le soutien apporté aux familles durant cette épreuve (18). Mais seulement un tiers des médecins traitants était impliqué dans cette démarche. On retrouve dans la littérature des chiffres similaires, puisque 24% des patients atteints de cancer étaient satisfaits de l'aide apportée à leur famille (39).

Ces éléments mettent en évidence l'importance et la nécessité d'une prise en charge globale du patient avec une approche « bio-psycho-sociale ».

VI. Conclusion

Selon la littérature, la médecine générale est impliquée dans la prise en charge du patient atteint de cancer et de ses proches.

En priorité, le médecin généraliste reste l'acteur principal d'actions de prévention et de dépistage des cancers. Cependant, malgré l'absence de protocolisation, il participe à l'annonce, au diagnostic, à la prise en charge des plaintes et symptômes relatifs aux traitements actifs, à l'amélioration de la qualité de vie, à la diminution de la détresse psychologique, à la prise en charge psycho-sociale, au soutien des proches et au suivi post-thérapeutique des patients atteints de cancer. En cas de besoin, il est un acteur central des soins palliatifs.

A ce jour, la recherche en soins primaires centrée sur le patient atteint de cancer est assez pauvre. Actuellement, en France, les institutions dont l'Institut National contre le Cancer (INCA) incitent les chercheurs à réaliser des protocoles en soins primaires. Grâce à la collaboration des équipes existantes labellisées (Inserm) et des enseignants chercheurs de la filière universitaire de médecine générale, on peut envisager à court terme la publication de référentiels, de guides, de procédures, propres à la médecine générale, en rapport avec ses compétences. Ceux-ci pourront servir de « Gold-Standard », à l'implication de cette discipline auprès des patients atteints de cancer.

VII. Bibliographie

1. Moss RW. Galen on Cancer: How Ancient Physicians Viewed Malignant Disease. 1989;
2. Plan cancer III [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 11]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer/plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
3. Plan cancer I. 2003 Mar 24 [cited 2014 Dec 11]; Available from: <http://www.e-cancer.fr/linstitut-national-du-cancer/presentation/1993-plan-cancer-2003-2007>
4. Plan cancer II. 2009 Feb 11 [cited 2014 Dec 11]; Available from: <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/7837>
5. WONCA Europe, la définition européenne de la médecine générale, médecin de famille. 2002 Mar [cited 2014 Feb 6]; Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
6. Nguyen T-D, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H. Prospects in oncology for general practitioners inter-regional 2010 survey. Bull Cancer (Paris). 2011 Oct;(10):1143–52.
7. ABENHAIM Lucien. Rapport de la commission d'orientation sur le cancer. 2003 Jan; Available from: www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001458.pdf
8. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. Ann Intern Med. 2009 Aug 18;151(4):W65–94.
9. Martin V, Renaud J. Les normes de productions des revues systématiques-Guide méthodologique-INESSS. 2013 Avril [cited 2014 Oct 21]; Available from: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_r

10. Pubmed. [cited 2014 Jan 6]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
11. Cochrane collaboration. [cited 2014 Jan 6]; Available from: <http://www.cochrane.org>
12. Science Direct. [cited 2014 Jan 6]; Available from: <http://www.sciencedirect.com>
13. Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. “When patients have cancer, they stop seeing me”—the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer—a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2006;7:19.
14. Vlahusić A, Lang S, Zupanić-Krmek D. A model of oncologic care in general medicine. *Coll Antropol.* 2003 Dec;27(2):659–68.
15. McWhinney IR. Caring for patients with cancer. Family physicians’ role. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* 1994 Jan;40:16–9.
16. Dalsted RJ, Guassora AD, Thorsen T. Danish general practitioners only play a minor role in the coordination of cancer treatment. *Dan Med Bull.* 2011 Jan;58(1):A4222.
17. Brotzman GL, Robertson RG. Role of the primary care physician after the diagnosis of cancer. The importance of the team approach. *Prim Care.* 1998 Jun;25(2):401–6.
18. Sisler JJ, Brown JB, Stewart M. Family physicians’ roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* 2004 Jun;50:889–96.
19. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. [The place of general practitioners in cancer care in Champagne-Ardenne]. *Bull Cancer (Paris).* 2012 May;99(5):557–62.
20. Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. [Management of cancer patients by general practitioners. Results of a survey among 422 physicians in Aquitaine]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 2003 Jun 28;32(23):1060–5.

21. anonyme. Médecins généralistes et cancer. *Rev Prat.* (33):2929–62.
22. Grunfeld E. Family physicians caring for cancer patients. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* 1994 May;40:874.
23. Smith AB, Wright P, Selby PJ, Velikova G. A Rasch and factor analysis of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). *Health Qual Life Outcomes.* 2007 Apr 20;5:19.
24. Allgar VL, Neal RD. General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005 Dec;14(5):409–16.
25. Williams PT. The role of family physicians in the management of cancer patients. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* 1994;9(2):67–72.
26. Smith GF, Toonen TR. The role of the primary care physician during the active treatment phase. *Prim Care.* 2009 Dec;36(4):685–702.
27. J ARENES, P GUILBERT, F BAUDIER. Baromètre santé médecins généralistes 1998-1999. CFES, CNAMTS. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Haut comité de la santé publique, Paris. 2000.
28. INCa. Dépistage et détection précoce [Internet]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/depistage>
29. Monnet E, Mauny F, Marquant A, Michaud C, Ferry JP. Knowledge and participation of general practitioners in cervical cancer screening: survey in a French pilot area. *Rev Épidémiologie Santé Publique.* 1998 Mar;46(2):108–14.
30. Institut national de veille sanitaire, estimation régionale de l'incidence par cancer entre 1980 et 2005 [Internet]. Available from: http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/estimations_regionales_1980_2005/donnees_generales.asp?region=21&nom_region=Champagne-Ardenne

31. GODARD J. Médecine générale et cancers. 2013.
32. McConnell D, Butow PN, Tattersall MH. Improving the letters we write: an exploration of doctor-doctor communication in cancer care. *Br J Cancer*. 1999 May;80(3-4):427–37.
33. Moley-Massol I. L'annonce de la maladie, une parole qui engage. DaTeBe éditions; 2004.
34. Annoncer une mauvaise nouvelle-HAS [Internet]. 2008. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
35. “Les médecins généralistes face au cancer”, une enquête inédite de la Ligue nationale contre le cancer, communiqué de presse. 2010 Jun 10;
36. Dossier communicant de cancérologie (DCC) et dossier médical personnel (DMP). Institut national du cancer- ASIP santé; 2010.
37. FMC et Legislation de L'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues (UNAFORMEC) [Internet]. Available from: <http://www.unaformec.org/-01-FMC-et-Legislation-.html>
38. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Ramessur R, Murray G, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry*. 2014 Oct;1(5):343–50.
39. Wiggers JH, Donovan KO, Redman S, Sanson-Fisher RW. Cancer patient satisfaction with care. *Cancer*. 1990 Aug 1;66(3):610–6.
40. Aubin M, Giguère A, Martin M, Verreault R, Fitch MI, Kazanjian A, et al. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cited 2014 Dec 3].

41. Cornfeld M, Miller S, Ross E, Schneider D. Accuracy of cancer-risk assessment in primary care practice. *J Cancer Educ.* 2001;16(4):193–8.
42. Farncombe ML. Ambulatory supportive care for the cancer patient. *Curr Opin Oncol.* 1994 Jul;6(4):335–9.
43. Vlahusić A, Lang S, Zupanić-Krmek D. A model of oncologic care in general medicine. *Coll Antropol.* 2003 Dec;27(2):659–68.
44. Stevens SA, Cockburn J, Hirst S, Jolley D. An evaluation of educational outreach to general practitioners as part of a statewide cervical screening program. *Am J Public Health.* 1997 Jul;87(7):1177–81.
45. Bergholdt SH, Søndergaard J, Larsen PV, Holm LV, Kragstrup J, Hansen DG. A randomised controlled trial to improve general practitioners' services in cancer rehabilitation: effects on general practitioners' proactivity and on patients' participation in rehabilitation activities. *Acta Oncol.* 2013 Feb;52(2):400–9.
46. Wulff CN, Vedsted P, Søndergaard J. A randomized controlled trial of hospital-based case management in cancer care: a general practitioner perspective. *Fam Pract.* 2013 Feb;30(1):5–13.
47. Jiwa M, Longman G, Sriram D, Sherriff J, Briffa K, Musiello T. Cancer care coordinator: promoting multidisciplinary care--a pilot study in Australian general practice. *Collegian.* 2013;20(1):67–73.
48. Weller DP, Harris MF. Cancer care: what role for the general practitioner? *Med J Aust.* 2008 Jul 21;189(2):59–60.
49. Cancer detection and primary care...revisited. *Lancet Oncol.* 2012 Jun;13(6).
50. Battaglia TA, Ash A, Prout MN, Freund KM. Cancer prevention trials and primary care physicians: factors associated with recommending trial enrollment. *Cancer Detect Prev.* 2006;30(1):34–7.

51. Summerton N. Cancer recognition and primary care. *Br J Gen Pract.* 2002 Jan;52(474):5–6.
52. Triezenberg DJ, Smith MA, Holmes TM. Cancer screening and detection in family practice: a MIRNET study. *J Fam Pract.* 1995 Jan;40(1):27–33.
53. El Fakir S, Abda N, Najdi A, Bendahou K, Obtel M, Berraho M, et al. [Cancer screening practices of general practitioners working in the Fez Prefecture health center]. *Sante Publique.* 2013 Oct;25(5):685–91.
54. Gray RE, Carroll JC, Fitch M, Greenberg M, Chart P, Orr V. Cancer self-help groups and family physicians. *Cancer Pract.* 1999 Feb;7(1):10–5.
55. Watson EK, Rose PW, Loftus R, Devane C. Cancer survivorship: the impact on primary care. *Br J Gen Pract.* 2011 Nov;61(592):e763–5.
56. Mikkelsen T, Sondergaard J, Sokolowski I, Jensen A, Olesen F. Cancer survivors' rehabilitation needs in a primary health care context. *Fam Pract.* 2009 Jun;26(3):221–30.
57. Scheel BI, Ingebrigtsen SG, Thorsen T, Holtedahl K. Cancer suspicion in general practice: the role of symptoms and patient characteristics, and their association with subsequent cancer. *Br J Gen Pract.* 2013 Sep;63(614):e627–35.
58. Denis B, Perrin P, Cailleret A-F, Guth F, Ruetsch M, Strentz P. [Colorectal cancer screening: a survey of French general practitioners]. *Gastroenterol Clin Biol.* 2003 Nov;27(11):992–7.
59. Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Stewart J, et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract.* 1999 Sep;49(446):705–10.
60. Neal RD, Din NU, Hamilton W, Ukoumunne OC, Carter B, Stapley S, et al. Comparison of cancer diagnostic intervals before and after implementation of NICE

guidelines: analysis of data from the UK General Practice Research Database. *Br J Cancer*. 2014 Feb 4;110(3):584–92.

61. Quinn RH, Randall RL, Benevenia J, Berven SH, Raskin KA. Contemporary management of metastatic bone disease: tips and tools of the trade for general practitioners. *Instr Course Lect*. 2014;63:431–41.

62. Lundstrøm LH, Johnsen AT, Ross L, Petersen MA, Groenvold M. Cross-sectorial cooperation and supportive care in general practice: cancer patients' experiences. *Fam Pract*. 2011 Oct;28(5):532–40.

63. Bjerager M, Palshof T, Dahl R, Vedsted P, Olesen F. Delay in diagnosis of lung cancer in general practice. *Br J Gen Pract*. 2006 Nov;56(532):863–8.

64. Beattie A. Detecting breast cancer in a general practice - Like finding needles in a haystack? *Aust Fam Physician*. 2009 Dec;38(12):1003–6.

65. Salzman BE, Lamb K, Olszewski RF, Tully A, Studdiford J. Diagnosing cancer in the symptomatic patient. *Prim Care*. 2009 Dec;36(4):651–70; table of contents.

66. Frydenberg M, Wijesinha S. Diagnosing prostate cancer - what GPs need to know. *Aust Fam Physician*. 2007 May;36(5):345–7.

67. Hamilton W, Sharp D. Diagnosis of colorectal cancer in primary care: the evidence base for guidelines. *Fam Pract*. 2004 Feb;21(1):99–106.

68. Holtedahl K, Norum J, Anvik T, Richardsen E. Do cancer patients benefit from short-term contact with a general practitioner following cancer treatment? A randomised, controlled study. *Support Care Cancer*. 2005 Nov;13(11):949–56.

69. Fouquereau J, Laval G, Labarère J. [Effectiveness of a supportive care form for family physicians]. *Bull Cancer*. 2011 Oct;98(10):1165–72.

70. Hamilton W, Green T, Martins T, Elliott K, Rubin G, Macleod U. Evaluation of risk assessment tools for suspected cancer in general practice: a cohort study. *Br J Gen Pract.* 2013 Jan;63(606):e30–6.
71. Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux J-L, Moreaud P, et al. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. *BMC Cancer.* 2011;11.
72. Norman A, Sisler J, Hack T, Harlos M. Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives. *Can Fam Physician.* 2001 Oct;47:2009–12, 2015–6.
73. Grunfeld E. Family physicians caring for cancer patients. *Can Fam Physician.* 1994 May;40.
74. Zitzelsberger L, Grunfeld E, Graham ID. Family physicians' perspectives on practice guidelines related to cancer control. *BMC Fam Pract.* 2004 Nov 15;5.
75. Sisler JJ, Brown JB, Stewart M. Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry. *Can Fam Physician.* 2004 Jun;50:889–96.
76. Warner E, Weinroth J. Family physician versus specialist care for breast cancer follow-up. *J Clin Oncol.* 2006 Aug 1;24(22):3710; – author reply 3711–2.
77. Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. *Br J Gen Pract.* 2009 Jul;59(564):e234–47.
78. Allgar VL, Neal RD. General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005 Dec;14(5):409–16.
79. Hansen RP, Vedsted P, Sokolowski I, Søndergaard J, Olesen F. General practitioner characteristics and delay in cancer diagnosis. a population-based cohort study. *BMC Fam Pract.* 2011;12.

80. Rutherford A, Burge B. General practitioners and hospitals. Continuity of care. *Aust Fam Physician*. 2001 Nov;30(11):1101–7.
81. Geelen E, Krumeich A, Schellevis FG, van den Akker M. General practitioners' perceptions of their role in cancer follow-up care: a qualitative study in the Netherlands. *Eur J Gen Pract*. 2014 Mar;20(1):17–24.
82. Murchie P, Delaney EK, Campbell NC, Hannaford PC. GP-led melanoma follow-up: views and feelings of patient recipients. *Support Care Cancer*. 2010 Feb;18(2):225–33.
83. Torjesen I. GPs and charity draw up plan to improve cancer diagnosis in primary care. *BMJ*. 2012;344.
84. Johansen M-L, Holtedahl KA, Davidsen AS, Rudebeck CE. “I deal with the small things”: the doctor-patient relationship and professional identity in GPs' stories of cancer care. *Health (London)*. 2012 Nov;16(6):569–84.
85. Ward J, Donnelly N, Holt P. Impact in general practice of the policies of the organised approach to preventing cancer of the cervix. *Aust N Z J Public Health*. 1998;22(3 Suppl):336–41.
86. Dodds W, Morgan M, Wolfe C, Raju KS. Implementing the 2-week wait rule for cancer referral in the UK: general practitioners' views and practices. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2004 Mar;13(1):82–7.
87. Rubin G, Vedsted P, Emery J. Improving cancer outcomes: better access to diagnostics in primary care could be critical. *Br J Gen Pract*. 2011 May;61(586):317–8.
88. Rubin G, Weller D. Improving survival in colorectal cancer: what role for general practice? *Br J Gen Pract*. 2013 Apr;63(609):179–80.
89. Hølge-Hazelton B, Christensen I. In a unique position or squeezed out? The professional roles of general practitioners in cancer care in general and of young adult cancer patients in particular. *J Cancer Educ*. 2009;24(4):326–30.

90. Perry C, Thurston M. Introduction of the primary care cancer nursing role in a GP practice. *Br J Community Nurs*. 2008 Aug;13(8):367–72.
91. Francken AB, Hoekstra-Weebers JW, Hoekstra HJ. Is GP-led follow-up feasible? *Br J Cancer*. 2010 May 11;102(10):1445–6.
92. Momen N, Hadfield P, Harrison K, Barclay S. Managing pain in advanced cancer: a survey of United Kingdom general practitioners and community nurses. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Sep;46(3):345–54.
93. Buckley D, McMonagle C. Melanoma in primary care. The role of the general practitioner. *Ir J Med Sci*. 2014 Sep;183(3):363–8.
94. Giveon S, Kahan E. Patient adherence to family practitioners' recommendations for breast cancer screening: a historical cohort study. *Fam Pract*. 2000 Feb;17(1):42–5.
95. Haggerty J, Tudiver F, Brown JB, Herbert C, Ciampi A, Guibert R. Patients' anxiety and expectations: how they influence family physicians' decisions to order cancer screening tests. *Can Fam Physician*. 2005 Dec;51:1658–9.
96. Murchie P, Nicolson MC, Hannaford PC, Raja EA, Lee AJ, Campbell NC. Patient satisfaction with GP-led melanoma follow-up: a randomised controlled trial. *Br J Cancer*. 2010 May 11;102(10):1447–55.
97. Ganry O, Boche T. [Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy (France)]. *Bull Cancer*. 2004 Oct;91(10):785–91.
98. Hølge-Hazelton B, Blake-Gumbs L, Miedema B, van Rijswijk E. Primary care for young adult cancer survivors: an international perspective. *Support Care Cancer*. 2010 Oct;18(10):1359–63.
99. Bowman MA, Neale AV. Prostate cancer decision-making, health services, and the family physician workforce. *J Am Board Fam Med*. 2012 Dec;25(6):753–5.

100. Hicks RJ, Hamm RM, Bembien DA. Prostate cancer screening. What family physicians believe is best. *Arch Fam Med*. 1995 Apr;4(4):317–22.
101. Mitchell GK, Girgis A, Jiwa M, Sibbritt D, Burridge LH, Senior HE. Providing general practice needs-based care for carers of people with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2013 Oct;63(615):e683–90.
102. Gramling R, Clarke J, Simmons E. Racial distribution of patient population and family physician endorsed importance of screening patients for inherited predisposition to cancer. *J Health Care Poor Underserved*. 2009 Feb;20(1):50–4.
103. Nielsen JD, Palshof T, Mainz J, Jensen AB, Olesen F. Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual Saf Health Care*. 2003 Aug;12(4):263–72.
104. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol*. 2006 Feb 20;24(6):848–55.
105. Delva F, Soubeyran P, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S. Referral of elderly cancer patients to specialists: action proposals for general practitioners. *Cancer Treat Rev*. 2012 Nov;38(7):935–41.
106. Halkett GKB, Jiwa M, Meng X, Leong E. Referring advanced cancer patients for palliative treatment: a national structured vignette survey of Australian GPs. *Fam Pract*. 2014 Feb;31(1):60–70.
107. Heywood A, Sanson-Fisher R, Ring I, Mudge P. Risk prevalence and screening for cancer by general practitioners. *Prev Med*. 1994 Mar;23(2):152–9.
108. Roorda C, de Bock GH, van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, van der Meer K. Role of the general practitioner during the active breast cancer treatment phase: an analysis of health care use. *Support Care Cancer*. 2012 Apr;20(4):705–14.

109. Morris J, McNoe B. Screening for prostate cancer: what do general practitioners think? *N Z Med J*. 1997 May 23;110(1044):178–82.
110. Chargari C, Kirova Y, Bollet M, Sigal-Zafrani B, Dendale R, Rizand P, et al. [Shared responsibility for follow-up of breast cancer patients. Experience of the Institut Curie]. *Bull Cancer*. 2008 Nov;95(11):1047–51.
111. Young JM, Ward JE. Strategies to improve cancer screening in general practice: are guidelines the answer? *Fam Pract*. 1999 Feb;16(1):66–70.
112. Federici A, Giorgi Rossi P, Bartolozzi F, Farchi S, Borgia P, Guasticchi G, et al. Survey on colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and practices of general practice physicians in Lazio, Italy. *Prev Med*. 2005 Jul;41(1):30–5.
113. Treasure W. Symptoms and risk factors to identify people with suspected cancer in primary care. *Br J Gen Pract*. 2013 Mar;63(608).
114. Hippisley-Cox J, Coupland C. Symptoms and risk factors to identify women with suspected cancer in primary care: derivation and validation of an algorithm. *Br J Gen Pract*. 2013 Jan;63(606):e11–21.
115. Lionis C, Samoutis G, Kouroussis C, Trigoni M, Georgoulas V. Teaching cancer management to primary care health staff: the first experiences gained from Crete. *J Cancer Educ*. 2005;20(1):6–7.
116. Gill JM, McClellan SA. The impact of referral to a primary physician on cervical cancer screening. *Am J Public Health*. 2001 Mar;91(3):451–4.
117. Papagrorgoriadis S, Koreli A. The needs of general practitioners in the follow-up of patients with colorectal cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2001 Sep;27(6):541–4.
118. Rafla S, Khafif R, Ross P, McGroarty K. The need to educate primary care physicians to provide oncologic services: a changing focus. *J Cancer Educ*. 1997;12(4):210–7.

119. Williams PT. The role of family physicians in the management of cancer patients. *J Cancer Educ.* 1994;9(2):67–72.
120. Emery JD, Shaw K, Williams B, Mazza D, Fallon-Ferguson J, Varlow M, et al. The role of primary care in early detection and follow-up of cancer. *Nat Rev Clin Oncol.* 2014 Jan;11(1):38–48.
121. Smith GF, Toonen TR. The role of the primary care physician during the active treatment phase. *Prim Care.* 2009 Dec;36(4):685–702.
122. Hall SJ, Samuel LM, Murchie P. Toward shared care for people with cancer: developing the model with patients and GPs. *Fam Pract.* 2011 Oct;28(5):554–64.
123. Vittoraki A, Alexiou G, Karakatsanis A, Mauri D, Xilomenos A, Zacharias G, et al. Tumour marker prescriptions for cancer screening in the Hellenic primary care. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2007 Jan;16(1):86–9.
124. Hawkes N. Urgent referrals for suspected cancer vary threefold among general practices. *BMJ.* 2012;345.
125. Tudiver F, Guibert R, Haggerty J, Ciampi A, Medved W, Brown JB, et al. What influences family physicians' cancer screening decisions when practice guidelines are unclear or conflicting? *J Fam Pract.* 2002 Sep;51(9).
126. Brogaard T, Jensen AB, Sokolowski I, Olesen F, Neergaard MA. Who is the key worker in palliative home care? *Scand J Prim Health Care.* 2011 Sep;29(3):150–6.
127. Ashford A, Gemson D, Sheinfeld Gorin SN, Bloch S, Lantigua R, Ahsan H, et al. Cancer screening and prevention practices of inner-city physicians. *American Journal of Preventive Medicine.* 2000 Jul;19(1):59–62.
128. Delva F, Soubeyran P, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S. Referral of elderly cancer patients to specialists: Action proposals for general practitioners. *Cancer Treatment Reviews.* 2012 Nov;38(7):935–41.

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, 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 !



Résumé

Introduction: Le cancer est la première cause de décès en France. Au regard des différents Plans Cancer, le médecin généraliste tient un rôle prépondérant dans la prise en charge des patients porteurs de cancer. L'objectif de cette étude a été d'évaluer son implication réelle.

Méthode: Revue systématique de la littérature. La sélection des articles a été réalisée par deux observateurs. Ont été inclus les articles publiés entre 1994 et 2014, abordant au moins un champ d'implication dans la prise en charge en médecine générale, de patient atteints de cancers fréquents, accessibles au dépistage et à la prévention. Le critère de jugement principal était le degré d'implication du MG.

Résultats: 1025 articles ont été issus des bases Pubmed, Cochrane, et Science Direct : 2 éditoriaux, 2 études qualitatives, 1 recommandation d'experts et 3 enquêtes d'opinion ont été retenus. Y est décrite l'implication majeure de la médecine générale dans les champs suivants : prévention, détection précoce, participation à l'annonce et à la décision thérapeutique, gestion des symptômes relatifs aux traitements, soutien psychologique du patient et des proches, soins palliatifs, suivi post-thérapeutique, surveillance des rechutes et accompagnement terminal.

Discussion: L'implication de la médecine générale auprès des patients porteurs de néoplasie est réelle et importante malgré l'absence de protocolisation. Une collaboration entre les équipes de recherche et les enseignants-chercheurs de la filière universitaire de médecine générale, permettra d'envisager la publication de référentiels, de guides, de procédures, propres à la médecine générale et en rapport avec ses compétences. Les institutions de recherche privées et publiques pourraient éditer des appels d'offre en ce sens.

Abstract

Introduction: Cancer is the leading cause of death in France. According to the various Cancer Care plans, the General Practitioner plays a major role in the care of patients suffering from Cancers. The aim of this study was to assess its real involvement.

Method: Systematic literature review. Article selection was performed by two observers. The selected articles were published between 1994 and 2014, addressing at least one field of GP involvement in the patient care management, for patients suffering from common cancers, available to screening and prevention. The primary endpoint was the degree of involvement of the GP.

Results: 1,025 articles were collected from databases Pubmed, Cochrane and Science Direct: two editorials, two qualitative studies, one expert recommendation and 3 opinion polls were selected. Those articles describe the major implication of general practice in the following areas: prevention, early detection, announcement and therapeutic decision and its side effects, psychological support to the patient and relatives, palliative care, post-treatment follow-up, relapses and terminal care.

Discussion: The involvement of general practice among patients with neoplasia is real and significant despite there is no protocolisation. A collaboration between research teams and GP scholars, will consider publishing standards, guides, processes, specific to GPs and their skills. Private and public research institutions could publish tenders to that effect.