

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 9 octobre 2017 à Poitiers
par **Mme GUILLEMAIN Julie**

Rôle donné aux médecins généralistes par les institutions dans la prise en charge oncologique

Composition du Jury

Président : Madame le Professeur Lucie KARAYAN-TAPON

Membres :

- Monsieur le Professeur Pierre LEVILLAIN
- Monsieur le Docteur Eric FROUIN
- Monsieur le Docteur Bernard FRECHE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard FRECHE

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

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

présentée et soutenue publiquement
le 9 octobre 2017 à Poitiers
par **Mme GUILLEMAIN Julie**

Rôle donné aux médecins généralistes par les institutions dans la prise en charge oncologique

Composition du Jury

Président : Madame le Professeur Lucie KARAYAN-TAPON

Membres :

- Monsieur le Professeur Pierre LEVILLAIN
- Monsieur le Docteur Eric FROUIN
- Monsieur le Docteur Bernard FRECHE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard FRECHE

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Madame le Professeur Lucie KARAYAN-TAPON

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma plus sincère gratitude et de ma parfaite considération.

Monsieur le Professeur Pierre LEVILLAIN

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde estime.

Monsieur le Docteur Eric FROUIN

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde estime.

Monsieur le Docteur Bernard FRECHE

Je vous remercie de m'avoir épaulée dans la réalisation de ce travail. Vos conseils et votre expertise me furent précieux.

A mes maîtres de stage libéraux

Pierre, Marc, Véronique et Marie-France, travailler à vos côtés et dans vos cabinets fut un réel plaisir. Vous m'avez permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

Aux médecins hospitaliers

Merci pour votre encadrement et la transmission de vos savoirs. Vous m'avez permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A mes parents

Sans vous je ne serais pas là aujourd'hui, merci pour votre indéfectible soutien depuis le début.

A ma famille

Merci d'avoir cru en moi, cela m'a aidé à tenir dans les difficultés.

A mes amis

Ceux de toujours, qui sont à mes côtés depuis l'enfance malgré le temps et la distance.

Et ceux rencontrés durant mon externat et mon internat. Sans vous tout cela n'aurait pas été possible.

A Matthieu

Mon mari, mon ami, mon amour, mon compagnon de fac et de vie, du plus profond du cœur merci. Cette vie extraordinaire c'est à toi que je la dois, puisque tu m'as permis de m'épanouir tant sur le plan personnel que professionnel.

A mes enfants, Eliott et Léonore

Vos sourires et votre amour me donnent chaque jour l'envie de me dépasser. Vous êtes ma plus grande réussite et je suis fière d'être votre maman.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	10
I.1. Données statistiques	10
I.2. Définition du mot cancer et Histoire	11
1.3. Les prémices de la lutte contre le cancer.....	12
I.3.a. La compréhension du cancer.....	12
I.3.b. Les premiers traitements.....	13
I.3.c. Les premières actions de lutte contre le cancer.....	14
I.2. Les institutions et textes français	17
I.2.a. L'INCa : Institut National du cancer.....	17
I.2.b. L'HAS : Haute Autorité de Santé :	17
I.2.c. Les 7 cancéropôles	18
I.3. Contexte et documents officiels.....	18
I.3.a. Les 3 Plans Cancer.....	18
I.3.b. Les recommandations officielles	21
I.4. Le généraliste face au Cancer	22
I.4.a. Des contraintes de temps et d'argent	22
I.4.b. Une communication entre la ville et l'hôpital perfectible.....	23
I.5. Le généraliste vu par l'INCa : définition du médecin traitant donnée sur le site internet à destination des patients	24
I.6. Constats et objectif de l'étude.....	24
I.6.a. Constats	24
I.6.b. Objectif de l'étude.....	25
II. Méthodologie.....	26
II.1. Type d'étude.....	26
II.2. Population étudiée	26
II.3. Recueil des données	27
II.3.a. Recommandations de bonne pratique.....	27
II.3.b. Plans cancer	28
III. Résultats.....	30
III.1. Recommandations de bonne pratique.....	30

III.2. Plan cancer 2003-2007.....	32
III.3. Plan cancer 2009-2013.....	33
III.4. Plan cancer 2014-2016.....	34
III.5. Evolution du rôle du médecin généraliste au fil des 3 plans cancer	36
IV. Discussion	37
IV.1. Résultats principaux	37
IV.1.a. Les recommandations de bonne pratique	37
IV.1.b. Les plans cancer	37
IV.2. Force, limites et biais de l'étude	38
IV.2.a. Force de l'étude	38
IV.2.b. Limites de l'étude	38
IV.2.c. Biais	38
IV.3. Discussion	39
IV.3.a. Comparaison avec l'international.....	39
IV.3.b. Ce qui devrait se passer en France	42
IV.3.c. Comparaison avec la pratique.....	42
V. Conclusion	44
V.1. L'apport des deux premiers plans cancer selon les rapports officiels.....	44
V.2. L'apport des plans cancer à la médecine générale.....	46
V.2.a. La place du généraliste	46
V.2.b. L'étude menée par Le Collège de la Médecine générale.....	46
V.3. Conclusion	48
VI. Bibliographie.....	49

Liste des abréviations

CIRC : centre international de recherche sur le cancer

OMS : organisation mondiale de la santé

INCA : institut national du cancer

HAS : haute autorité de santé

ALD : affection longue durée

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

EPAAC : partenariat européen de lutte contre le cancer

ECCO : european cancer organisation

CMG : collège de médecine générale

FFOM : fédération française des oncologues médicaux

ACORESCA : association des coordinateurs de réseaux de cancérologie

DGS : direction générale de la santé

ARS : agence régionale de santé

I. INTRODUCTION

I.1. Données statistiques

Depuis 2004, le cancer est devenu la première cause de décès en France (1). Chaque année en France, on estime à 350 000 le nombre de nouveaux cas de cancer et à près de 150 000 le nombre de décès. Les cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon, tous sexes confondus. L'âge médian du diagnostic en 2012 en France métropolitaine est de 68 ans chez l'homme et de 67 ans chez la femme (2). Le taux d'incidence estimé est alors de 362,6 pour 100 000 hommes et 252 pour 100 000 femmes. Cette augmentation, corrélée à l'essor démographique et au vieillissement de la population, résulte principalement d'un effet volume. En conséquence, le nombre de malades traités pour un cancer augmente chaque année (1).

Le taux de mortalité en France en 2012 est de l'ordre de 133,6 pour 100 000 hommes et de 73,2 pour 100 000 femmes. L'âge médian au décès est de 73 ans chez l'homme et de 77 ans chez la femme. La prévalence totale des français de plus de 15 ans ayant ou ayant eu un cancer en 2008 est de l'ordre de 3 millions (2). Chez l'homme, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du côlon-rectum. Depuis 2000, la progression a été plus importante pour les cancers de la prostate, avec plus de 62 000 nouveaux cas en 2005. Chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon.

Néanmoins, le risque de mortalité par cancer a diminué ces vingt-cinq dernières années (–25% chez l'homme et –20% chez la femme). L'augmentation de l'incidence du cancer du poumon explique qu'il reste le plus meurtrier (26 624 décès en 2005). Il touche majoritairement les hommes (78% des 31 000 cas en 2005) mais en proportion, la mortalité diminue chez l'homme alors qu'elle augmente de façon préoccupante chez la femme (plus de 4,2% par an entre 2000 et 2005) (1).

Au plan mondial, le fardeau du cancer a doublé au cours des trente dernières années et, selon le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), le nombre de cas doublera encore d'ici à 2030. Le contraste entre les pays riches et les pays pauvres s'accroît (70 % des malades résideront dans les pays qui

représentent, ensemble, moins de 5% du PIB mondial). La poursuite de la croissance démographique et du vieillissement de la population mondiale aura des conséquences immédiates sur le fardeau du cancer. Cependant, chaque année, 1,5million de décès dus à des cancers pourraient être évités si certaines infections, fréquentes dans les pays pauvres, étaient prévenues, diagnostiquées et traitées, constat qui invite à une coopération internationale accrue (1).

I.2. Définition du mot cancer et Histoire

Les traces les plus anciennes du cancer se trouvent dans des fragments de squelettes humains datant de la préhistoire. On le rencontre aussi sur des momies découvertes dans des pyramides égyptiennes. On parle également du cancer sur des tablettes recouvertes de caractères cunéiformes de la bibliothèque de Ninive. On le rencontre encore lors de la découverte de monuments funéraires étrusques ou sur des momies péruviennes.

Le plus ancien texte connu à ce jour semble être le papyrus chirurgical dit de Edwin Smith qui daterait de l'ancien empire égyptien et qui serait attribué à Imouthes, grand prêtre d'Héliopolis et Premier ministre du roi Djoser vers 2800 avant J-C. Hérodote nous apprend qu'Atossa, fille de Cyrus et femme de Darius, fit appeler vers 525 (avant J-C) Democedes, le fameux médecin grec, pour une tumeur ulcérée du sein qu'il réussit à guérir sans que le traitement employé ne soit connu.

Quelques temps plus tard, en Grèce, Hippocrate, dans les nombreux écrits qui lui sont attribués, fait plusieurs fois allusions au cancer, dont le nom vient de l'aspect de sa propagation, ressemblant à des pattes de crabe. Il lui a donné pour la première fois les noms « karkinos » et « karkinoma » (3).

Les anciens hindous, 2000 ans avant notre ère, essayèrent de détruire les cancers en y appliquant des cataplasmes de pâte corrosive contenant de l'arsenic. Pour la petite histoire, les personnes qui ne mourraient pas du cancer mourraient empoisonnées par l'arsenic.

Au Moyen-âge, en France, Henri de Mondeville écrivait en 1320 : " aucun cancer ne guérit, à moins d'être radicalement extirpé tout entier. En effet, si peu qu'il en reste, la malignité augmente dans la racine. "

Au XVII^e siècle Gendron, médecin du frère de Louis XIV, conçoit le cancer comme une modification tissulaire localisée qui s'étend par prolifération, curable si elle est extirpée dans sa totalité , il jette un pont de deux siècles et demi entre lui et nous.

C'est à Bichat et Laënnec que l'on doit la conception anatomique de la maladie cancéreuse. Puis vient la notion de tissu avec l'allemand Muller en 1826. Rudolph Virchow prouve quant à lui que la cellule cancéreuse naît toujours d'autres cellules. La seconde moitié du XIX^e siècle verra s'accélérer les progrès de la médecine.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le cancer est une maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (métastase) (4) .

Sur le plan médical, le mot « cancer » désigne en fait un groupe de maladies très différentes.

I.3. Les prémices de la lutte contre le cancer

I.3.a. La compréhension du cancer

Au début du XV^e siècle, le développement de la science a permis une compréhension plus grande du fonctionnement du corps humain et de procédés de la maladie. Les autopsies, faites par Harvey (1628), ont mené à une compréhension de la circulation du sang par le cœur. Giovanni Morgagni de Padoue a, en 1761, régularisé des autopsies pour trouver la cause des maladies. Ceci a jeté les fondements pour l'étude du cancer.

C'est le chirurgien écossais John (1728–1793) qui a proposé que quelques cancers pourraient être guéris par la chirurgie. C'est presque un siècle plus tard que le développement de l'anesthésie a incité la chirurgie régulière pour les cancers.

Rudolf Virchow, souvent appelé le fondateur de la pathologie cellulaire, a fondé la base pour l'étude pathologique des cancers au microscope. Il a marqué la pathologie microscopique. Il a également développé l'étude des tissus sortis par chirurgie. Ainsi pourrait-on dire au chirurgien si le cancer a été entièrement ou partiellement enlevé (5).

I.3.b. Les premiers traitements

➤ La chirurgie

C'est rapidement dans l'Histoire de la connaissance des cancers que la chirurgie a été considérée comme une thérapie anti-cancéreuse. La chirurgie s'est épanouie pendant le 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècles grâce aux avancées concernant l'anesthésie. Bilroth en Allemagne, Handley à Londres, et Halsted à Baltimore sont les pionniers de la chirurgie du cancer. William Stewart Halsted, professeur de la chirurgie à l'Université John Hopkins, a développé la mastectomie radicale pendant la dernière décennie du 19^{ème} siècle pour les cancers du sein. Son travail était basé sur W. Sampson Handley. Stephen Paget, un chirurgien anglais, a constaté que les cancers se propageaient par l'intermédiaire de la circulation sanguine. Cette compréhension des métastases est devenue un élément clé dans l'identification des patients qui pourraient ou ne pourraient pas tirer bénéfice de la chirurgie du cancer.

➤ La radiothérapie

En 1896 un professeur Allemand de physique, Roentgen de Wilhelm Conrad, a découvert et présenté les propriétés des rayons X. Ces rayons X ont ensuite été utilisés pour le diagnostic, et dans les 3 années qui ont suivies, on a commencé à les utiliser en cancérologie.

➤ La chimiothérapie

C'est durant la première guerre mondiale que l'on a pu observer l'effet cytotoxique sur la moelle osseuse du gaz de moutarde sur les soldats exposés. Bientôt une moutarde d'azote chimique s'est avérée fonctionner contre le lymphome. Ainsi sont nées les bases de la chimiothérapie anti-cancéreuse.

➤ La thérapie hormonale

Au 19^{ème} siècle, Thomas Beatson a découvert que les seins des lapins ont cessé la production du lait après qu'il ait retiré les ovaires. Il a essayé l'ablation des ovaires dans le cancer du sein avancé. Ceci a été constaté avant que l'hormone elle-même n'ait été découverte. Son travail a fourni une fondation pour l'usage moderne de la thérapie hormonale, telle que le tamoxifène et les inhibiteurs d'aromatase.

➤ L'immunothérapie

Avec la compréhension du fonctionnement des cellules cancéreuses, plusieurs agents biologiques ont été développés. Ce sont des traitements appelés « BRM » pour Modificateur de la Réponse Biologique. Les plus connus parmi ces derniers sont les anticorps monoclonaux. Les scientifiques étudient également les vaccins qui amplifient la réaction immunitaire face aux cellules cancéreuses.

I.3.c. Les premières actions de lutte contre le cancer

➤ Les précurseurs

La lutte contre le cancer, aussi bien dans le domaine de la recherche et des thérapeutiques, que de celui des progrès accomplis sur le plan social et humain, est une préoccupation relativement récente. Dans un passé encore proche de nous, le cancer était considéré comme une maladie incurable et les malades qui en étaient atteints se voyaient refuser l'accès aux hôpitaux, car on les considérait comme contagieux.

Ce furent des œuvres charitables religieuses, parfois aussi laïques, qui prirent l'initiative de faire quelque chose pour les cancéreux. Elles se contentaient de les héberger, de les nourrir et de les panser, puisqu'il n'existait pratiquement pas de traitement.

En France, c'est le chanoine Jean Godinot, vicaire général de l'Abbaye Saint Nicaise de Reims, qui eut l'idée d'ouvrir en 1740 un établissement spécialisé pour les "cancérés". Ce fut l'ancêtre des centres anticancéreux modernes. Puis en 1842, Madame Jeanne Garnier-Chabot fonde à Lyon une association mi-laïque, mi-religieuse, composée de veuves et de femmes charitables appelée "Calvaire", pour donner des soins dans un hospice à des cancéreuses avancées. Un "Calvaire" analogue s'est ouvert ensuite à Paris. Des fondations semblables se créent par la suite pour les hommes sous les auspices de Saint Jean de la Croix.

Ces exemples porteront leurs fruits puisqu'en 1846, on admit les cancéreux dans les hôpitaux et les hospices généraux. L'Assistance Publique fit une première tentative dans deux services dits "d'incurables" à la Salpêtrière et à Bicêtre. En 1897 l'Assistance publique ouvre un pavillon spécialisé à Brévannes (6).

➤ La ligue contre le cancer

En 1918, le Docteur Sonia Fabre, assistante au sein du service de curiethérapie du Professeur Hartmann à l'Hôtel Dieu à Paris propose une lutte systématique contre le cancer. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat au Service de Santé, à l'origine de la création du service de curiethérapie fonde le 14 mars 1918 la Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer, qui deviendra la Ligue française contre le cancer en 1927. Preuve de son rôle structurant au sein de la société, l'association est reconnue d'utilité publique dès le 22 novembre 1920 (7).

Lors de sa création, la Ligue Franco-Anglo-Américaine contre le cancer détermine ses principales missions en lien avec les besoins de l'époque, mais qui structurent encore aujourd'hui les actions de la Ligue : la recherche, l'accompagnement des personnes touchées et la prévention

En 1922, alors que l'Etat initie une action de lutte contre le cancer, autour de la Ligue naissent des associations en province, en premier lieu à Lyon, en Bourgogne

et dans le Loir-et-Cher : ce sont les premiers Comités départementaux de la Ligue contre le cancer.

Depuis 1949 et l'institution de la première quête nationale, la Ligue contre le cancer n'a eu de cesse d'appeler aux dons afin de donner aux chercheurs les moyens de pouvoir trouver des remèdes efficaces contre cette maladie.

En 1955, la Ligue porte le nom de Ligue nationale française contre le cancer et a pour vocation de fédérer l'ensemble des associations départementales et des Comités luttant contre le cancer.

En 1957, une circulaire de la Direction générale de la santé reconnaît officiellement les Comités Départementaux de la Ligue. Avec ses 103 comités départementaux, l'association continue encore aujourd'hui à assurer une présence sur le terrain, auprès des personnes atteintes par la maladie cancéreuse et leurs proches.

En 1989, vingt-et-une des plus grandes associations caritatives françaises, parmi lesquelles la Ligue contre le cancer, rédigent une Charte de déontologie des organisations sociales et humanitaires faisant appel à la générosité du public pour affirmer leur volonté totale de transparence auprès des donateurs.

Dès 1991, la Ligue est agréée par le Comité de la Charte dès cette date et l'année suivante pour l'ensemble de ses Comités départementaux. Chacun des présidents départementaux signe conjointement la Charte avec le président national. Ainsi tous les membres de la Ligue s'engagent à respecter les règles éthiques de la Charte : recueil de fonds, transparence financière, affectation des subventions conformément aux statuts, contrôle de l'utilisation des ressources.

C'est au cours l'assemblée générale ordinaire de l'association en 1992 qu'elle modifie son nom en Ligue nationale contre le cancer ; nom qu'elle porte encore aujourd'hui.

Organisés par la Ligue, les états généraux des malades atteints de cancer de 1998, 2000 et 2004 ont permis à l'association de se placer en relais des besoins des personnes malades et de leurs proches. L'association est reconnue comme le porte-parole des personnes malades pour exprimer leurs attentes et leurs besoins auprès des soignants et des responsables de santé.

Par ailleurs, la Ligue a largement participé à l'élaboration des Plans cancer lancés par l'État et contribué à la mise en œuvre de leurs différentes mesures.

I.4. Les institutions et textes français

I.4.a. L'INCa : Institut National du cancer

L'INCa est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie de l'Etat chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Créée par une loi de santé publique en 2004, elle est placée sous la tutelle conjointe du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et du ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Il a pour principales missions de :

- Coordonner les actions de lutte contre le cancer
- Initier et soutenir l'innovation scientifique, médicale, technologique et organisationnelle
- Concourir à la structuration d'organisations
- Produire des expertises
- Produire, analyser et évaluer des données
- Favoriser l'appropriation des connaissances et des bonnes pratiques (8)

I.4.b. L'HAS : Haute Autorité de Santé

La HAS est une autorité publique indépendante qui a pour but de contribuer à la régulation du système de santé par la qualité et l'efficience. Ses missions visent à assurer à tous les patients et usagers un accès pérenne et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficients que possible (9).

La HAS conçoit et met également à disposition des acteurs de santé, des outils, guides et méthodes, afin d'améliorer leur prise en charge ou la mise en œuvre de leurs projets (10).

I.4.c. Les 7 cancérôpôles

Les Cancérôpôles permettent à l'échelle régionale ou inter-régionale une meilleure coordination de la recherche en cancérologie en décloisonnant secteurs et disciplines. Ils facilitent l'émergence de réseaux de recherche multidisciplinaires d'envergure rassemblant les communautés scientifique, clinique, industrielle et instances décisionnelles dédiées.

Ils regroupent des équipes des organismes de recherche, les Centres Hospitaliers Universitaires, les Centres de Lutte contre le Cancer, les industriels de la santé et sont soutenus par l'Institut National du Cancer et de nombreuses collectivités territoriales.

Dans le cadre du Plan Cancer, leurs missions principales sont de :

- ❖ renforcer la mobilisation d'équipes de recherche dans la lutte contre les inégalités sociales et définir les facteurs de risque liés à l'environnement et aux comportements
- ❖ dynamiser la recherche clinique, en particulier précoce
- ❖ favoriser l'émergence de projets innovants
- ❖ participer à la dynamique de coopération européenne
- ❖ contribuer à faire de la France une référence internationale en recherche sur le cancer

L'enjeu est de fédérer pour mieux comprendre, proposer de nouvelles pistes diagnostiques, pronostiques ou thérapeutiques, et de permettre un meilleur transfert de la recherche et de l'innovation aux patients (11).

I.5. Contexte et documents officiels

I.5.a. Les 3 Plans Cancer

La lutte contre le cancer s'est structurée en France dès 2003 autour de plans nationaux, visant à mobiliser les acteurs de santé publique autour de la prévention, du dépistage, des soins, de la recherche et de l'accompagnement du patient et de ses proches.

Lancé le 24 mars 2003 par le Président de la République, le Plan cancer 2003-2007 a impulsé une dynamique décisive dans la lutte contre le cancer en France et dans la prise en charge des malades. Le Plan a permis de faire reculer la consommation de tabac, grâce à une stratégie complète de lutte contre le tabagisme associant l'augmentation des prix, l'interdiction de la vente aux moins de 16 ans, des campagnes d'information et des actions ciblées vers les jeunes et les femmes, et le développement des aides à l'arrêt du tabac.

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en 2004 tandis que le programme de dépistage organisé du cancer colorectal faisait l'objet d'une expérimentation de 2002 à 2007 dans 23 départements pilotes.

Les critères de qualité définissant le standard minimum de qualité dans la prise en charge ont été établis, les établissements de santé devant satisfaire à ces critères pour être autorisés à traiter des malades atteints de cancer (en chirurgie, en radiothérapie et en chimiothérapie).

Une nouvelle dynamique a été impulsée dans la recherche sur le cancer et les 7 cancéropôles ont été mis en place pour animer la recherche en régions.

En créant l'Institut national du cancer en 2005, l'État s'est, par ailleurs, doté d'une agence sanitaire et scientifique chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer (12).

Le Plan cancer 2009-2013, déclinaison opérationnelle du rapport du Pr Jean-Pierre Grünfeld « Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 », remis au Président de la République, a ouvert de nouvelles voies, tout en consolidant les acquis du Plan précédent. Il s'est structuré autour de cinq grands axes (Recherche, Observation, Prévention-dépistage, Soins, Vivre pendant et après le cancer). Trois thèmes transversaux ont, par ailleurs, irrigué la stratégie du Plan.

Ils visaient à :

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

- stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Le Plan a œuvré au renforcement de la qualité et de la sécurité des soins sur l'ensemble du territoire. Des organisations ont été adaptées pour la prise en charge des enfants atteints de cancer, des patients âgés ainsi que des personnes atteintes de cancers rares. L'accès à la médecine personnalisée et la participation aux essais cliniques ont également progressé. Le deuxième plan cancer s'est aussi engagé dans des voies nouvelles pour soutenir les innovations thérapeutiques, et faire progresser la recherche, notamment dans le domaine de la génomique des cancers. L'année 2009 a, par ailleurs, vu la généralisation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire.

Afin d'assurer une continuité des parcours des patients, les programmes personnalisés de soins et de l'après cancer ont été expérimentés. La coordination entre équipes hospitalières et intervenants de ville, en particulier les médecins traitants, demande toutefois à être renforcée. Une démarche de détection précoce des besoins sociaux et d'accompagnement a été mise en place. Cependant, la prise en compte du retentissement de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle reste à améliorer. Les efforts sont également à poursuivre pour mieux comprendre les inégalités face au cancer et agir plus efficacement pour les réduire (13).

Le troisième et actuel plan cancer (2014-2019) porte des ambitions fortes :

- Guérir plus de personnes malades, en favorisant des diagnostics précoces et en garantissant l'accès de tous à une médecine de qualité et aux innovations
- Préserver la continuité et la qualité de vie, en proposant une prise en charge globale de la personne pendant et après la maladie
- Investir dans la prévention et la recherche pour réduire l'incidence des cancers

A ces ambitions s'ajoute la volonté d'optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers pour une meilleure efficacité, en y associant pleinement les personnes malades et les usagers du système de santé (14).

I.5.b. Les recommandations officielles

L'INCa apporte son expertise dans la production de recommandations de bonne pratique pour les professionnels de santé selon différents types de production :

- Les guides ALD/Parcours de soins
- Les recommandations nationales pour une prise en charge spécialisée en cancérologie (15)

Ces guides ALD sont des productions conjointes INCa-HAS à destination des médecins traitants. Ils présentent, pour différentes localisations de cancer, la prise en charge optimale d'un patient admis en ALD et s'accompagnent de la liste des actes et prestations habituellement nécessaires à cette prise en charge. Ces guides sont également disponibles sur le site de la HAS (16).

Les recommandations de bonne pratique sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». (17)

Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elles n'ont pas vocation à décrire l'ensemble de la prise en charge d'un état de santé ou d'une maladie. Elles tendent à améliorer cette prise en charge à l'aide d'études de pratique, des avis et/ou expériences des professionnels de santé concernés par le thème.

Les recommandations de bonne pratique sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

I.6. Le généraliste face au Cancer

Les résultats de l'enquête menée par la Ligue contre le cancer en 2010 auprès de 565 médecins généralistes permettent de mieux comprendre le rôle de ces soignants, leurs difficultés et attentes dans la prise en charge d'une pathologie qu'ils sont amenés à rencontrer de plus en plus souvent dans leur cabinet (18).

A côté du cancérologue et des autres professionnels qui vont intervenir tout au long de la maladie, le généraliste a son rôle à jouer dans la prise en charge du cancer et ce, de l'annonce de celui-ci jusqu'au suivi post-thérapeutique. Pendant la phase de traitement, il va aussi être confronté à trois problèmes récurrents : les effets secondaires des traitements, la fatigue et l'anxiété qui assaillent ses patients. Ce n'est donc pas un hasard si 95% des médecins qui ont participé à l'étude dont les résultats viennent d'être dévoilés reconnaissent conserver une relation étroite avec leur patient après l'annonce du diagnostic. « *Le médecin généraliste apporte de l'humain dans un parcours de soins difficile, parfois déshumanisant. Il doit être le support sur lequel peut s'appuyer le malade, quelqu'un sur qui compter et à qui parler quand celui-ci le souhaite* », souligne le Dr Gohier, généraliste dans le Val-de-Marne.

De leur côté, les patients atteints d'un cancer n'ont absolument pas les mêmes attentes envers leur cancérologue, qu'ils veulent le plus compétent sur le plan thérapeutique, qu'envers leur médecin traitant, qu'ils veulent disponible. Pour le Dr Gohier, le rôle du généraliste dans ce parcours de soin particulier est très clair : il s'agit "d'être auprès de ses patients, si ceux-ci le souhaitent, et selon la relation qu'il a eue avec eux auparavant" (19).

I.6.a. Des contraintes de temps et d'argent

S'ils souhaitent rester proches de leurs patients, les médecins généralistes ont parfois du mal à jouer ce rôle d'accompagnement, compte tenu des contraintes de temps et d'argent imputables à leurs modalités d'exercice en libéral. Prendre en

charge un cancer demande souvent des consultations longues, la mise en place d'une coordination et parfois, des visites à domicile.

Des contraintes qui peuvent expliquer en partie pourquoi, dans leur grande majorité, les médecins ayant participé à l'enquête considèrent que leur place n'est pas reconnue à leur juste valeur.

I.6.b. Une communication entre la ville et l'hôpital perfectible

Seulement 48% des médecins interrogés se disent satisfaits de l'information qu'ils reçoivent de leurs confrères oncologues ou chirurgiens prenant en charge leurs patients lors d'un cancer. « *Parfois, on reçoit les courriers avec un certain décalage. On peut être amené à revoir le patient avant d'avoir reçu un document important* », souligne le Dr Gavid.

Des problèmes de retard dans la transmission des données qui ne facilitent pas la communication entre la ville et l'hôpital. Mais il s'agit parfois aussi d'un véritable manque d'informations. Prenons le cas du PPS (Plan Personnalisé de Soins) instauré dans le cadre du premier plan cancer. « *Seuls 16% des médecins le reçoivent. Et dans certaines régions, ce dispositif n'a pas été mis en place* », regrette le Dr Gavid.

Que faire pour améliorer la communication entre le généraliste et les équipes soignantes ? Certains médecins, comme le Dr Gavid, souhaiteraient être intégrés aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). « *Nous n'avons pas à intervenir dans le choix du traitement, ce sont aux spécialistes de le faire. Mais nous pourrions apporter des éléments de contexte : nous sommes ceux qui connaissons le mieux le patient, son histoire et ses propres difficultés* », rappelle ce généraliste.

Se sentant considérés comme le dernier maillon de la chaîne dans la prise en charge du cancer, les généralistes interrogés sont 67% à estimer qu'ils ne sont pas assez informés sur le plan cancer. Près de 70% d'entre eux ignorent les possibilités de soutien social et autres ressources disponibles dans le département dont ils pourraient informer les patients pendant ou après leur traitement.

Des chiffres qui confirment une fois de plus la nécessité d'instaurer rapidement une communication plus efficace entre le médecin traitant, le milieu hospitalier et les institutions.

I.7. Le généraliste vu par l'INCa : définition du médecin traitant donnée sur le site internet à destination des patients

Le médecin généraliste suit les différents problèmes de santé. Il a un rôle très important pour le diagnostic d'un cancer, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il assure le lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. C'est souvent lui qui est choisi comme médecin traitant (20).

I.8. Constats et objectif de l'étude

I.8.a. Constats

Les maladies cardio-vasculaires et les cancers représentent les deux causes de mortalité les plus fréquentes en France. Concernant les cancers, on sait aujourd'hui la portée limitée des campagnes et des dépistages de masse. La santé publique a longtemps été considérée comme appartenant à des domaines réservés (épidémiologistes, médecins de Santé Publique, Ministère de la Santé, etc...). Aujourd'hui cette fonction de Santé Publique fait partie intégrante des fonctions des médecins généralistes car ils sont les mieux placés pour approcher le plus grand nombre de patients et leur faire adhérer plus facilement au dépistage qu'il soit de masse ou individuel.

C'est pourquoi le médecin généraliste est le premier interlocuteur dans la prise en charge des cancers. Or on constate à ce jour qu'aucune synthèse ne reprend la place du médecin traitant dans la prise en charge oncologique.

Le collège de la médecine générale a créé un partenariat avec l'INCa pour réfléchir à améliorer la prise en charge des patients porteur d'une affection néoplasique en soins primaires, ceci afin de combler le retard que la France a pris dans le domaine de la recherche et dans la lutte contre le cancer par rapport à d'autres pays plus investis comme la Nouvelle Zélande, les Etats Unis ou le Canada.

I.8.b. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de déterminer le rôle donné au médecin traitant par les institutions françaises, notamment l'HAS et l'INCa, dans la prise en charge oncologique, à travers la lecture de leurs guides de bonnes pratiques et l'étude des trois plans cancer.

Aucune étude à ce jour n'a permis de synthétiser le rôle de la médecine générale dans la lutte contre le cancer.

II. METHODOLOGIE

II.1. Type d'étude

Le rôle donné aux médecins généralistes par les institutions françaises dans la prise en charge en oncologie est présenté sous forme d'une étude observationnelle de données.

Les recherches ont été réalisées sur les sites de l'INCa et de l'HAS. Ont été inclus tous les articles correspondant aux recommandations à destination des médecins traitants concernant les pathologies cancéreuses ainsi que les 3 plans cancer.

II.2. Population étudiée

L'identification et l'inclusion des articles ont été réalisées sur une période allant du premier mai 2015 au 30 octobre 2015, correspondant à un semestre, soit la durée d'un stage d'un interne de médecine générale.

La liste des articles est exhaustive. Elle comprend toutes les recommandations de bonne pratique conjointes INCa-HAS à destination des médecins traitants. Elles présentent, pour différentes localisations de cancer, la prise en charge optimale d'un patient admis en ALD et s'accompagnent de la liste des actes et prestations habituellement nécessaire à cette prise en charge. Il en existe vingt-quatre à ce jour dont les thèmes sont :

1. Le cancer colo-rectal
2. Le cancer broncho-pulmonaire
3. Le cancer du col utérin
4. Le cancer de l'endomètre
5. Le cancer de l'estomac
6. Le cancer du foie
7. Le cancer de l'œsophage

8. Le cancer des ovaires
9. Le cancer du pancréas
10. Le cancer de la prostate
11. Le cancer du rein
12. Le cancer du sein
13. Le cancer du système nerveux central
14. Le cancer des testicules
15. Le cancer de la thyroïde
16. Le cancer des voies aéro-digestives supérieures
17. Le cancer de la vessie
18. Les leucémies aiguës
19. Les leucémies lymphoïdes chroniques
20. Les lymphomes de Hodgkin
21. Les lymphomes non Hodgkiniens
22. Les mélanomes cutanés
23. Le mésothélium
24. Le myélome multiple

Ont également été inclus les 3 plans cancer qui sont disponibles sur le site de l'INCa :

1. Plan cancer 2003-2007
2. Plan cancer 2009-2013
3. Plan cancer 2014-2019

II.3. Recueil des données

II.3.a. Recommandations de bonne pratique

Pour chaque article, les passages mentionnant les mots clés « médecin traitant » et « médecin généraliste » ont été extraits. Les missions dévolues à ces derniers ont ainsi été réunies. Chacune d'elles a été résumée par un titre.

Un tableau a ensuite été créé, reprenant, sur l'axe des ordonnées, tous les types de cancer, et les missions qui incombent au médecin traitant en abscisse.

Ainsi, pour chaque cancer, les extraits obtenus ont été classés selon les missions données au médecin traitant.

II.3.b. Plans cancer

Pour chacun des plans, les mots « médecin généraliste » et « médecin traitant » ont été recherchés afin d'extraire les phrases où ils étaient mentionnés. Ont également été recherchés les mots « soins primaires » et « médecine de ville », sans résultat.

Concernant le plan cancer 2003-2007, les phrases extraites ont été rangées selon les chapitres du sommaire, à savoir :

- Chapitre dépistage
- Chapitre soins
- Chapitre social
- Chapitre formation
- Chapitre recherche
- Chapitre INCa

Le plan cancer 2009-2013 est quant à lui écrit selon de grands axes qui sont :

- Axe recherche
- Axe observation
- Axe prévention et dépistage
- Axe soins
- Axe vivre pendant et après un cancer

Enfin, le plan cancer 2014-2019 est divisé en plusieurs objectifs. Les missions de la médecine générale ont été retrouvées pour chacun d'eux :

- Objectif 1 : Favoriser des diagnostics plus précoces
- Objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge
- Objectif 3 : Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques
- Objectif 4 : Faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie
- Objectif 5 : Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients
- Objectif 6 : Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée

- Objectif 7 : Assurer des prises en charge globales et personnalisées
- Objectif 8 : Réduire les risques de séquelle et de second cancer
- Objectif 9 : Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle
- Objectif 10 : Programme national de réduction du tabagisme
- Objectif 11 : Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer
- Objectif 12 : Prévenir les risques de cancers liés au travail ou à l'environnement
- Objectif 13 : Se donner les moyens d'une recherche innovante
- Objectif 14 : Faire vivre la démocratie sanitaire
- Objectif 15 : Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées
- Objectif 16 : Optimiser les organisations pour une plus grande efficience
- Objectif 17 : Adapter les modes de financement aux défis de la cancérologie

III. RESULTATS

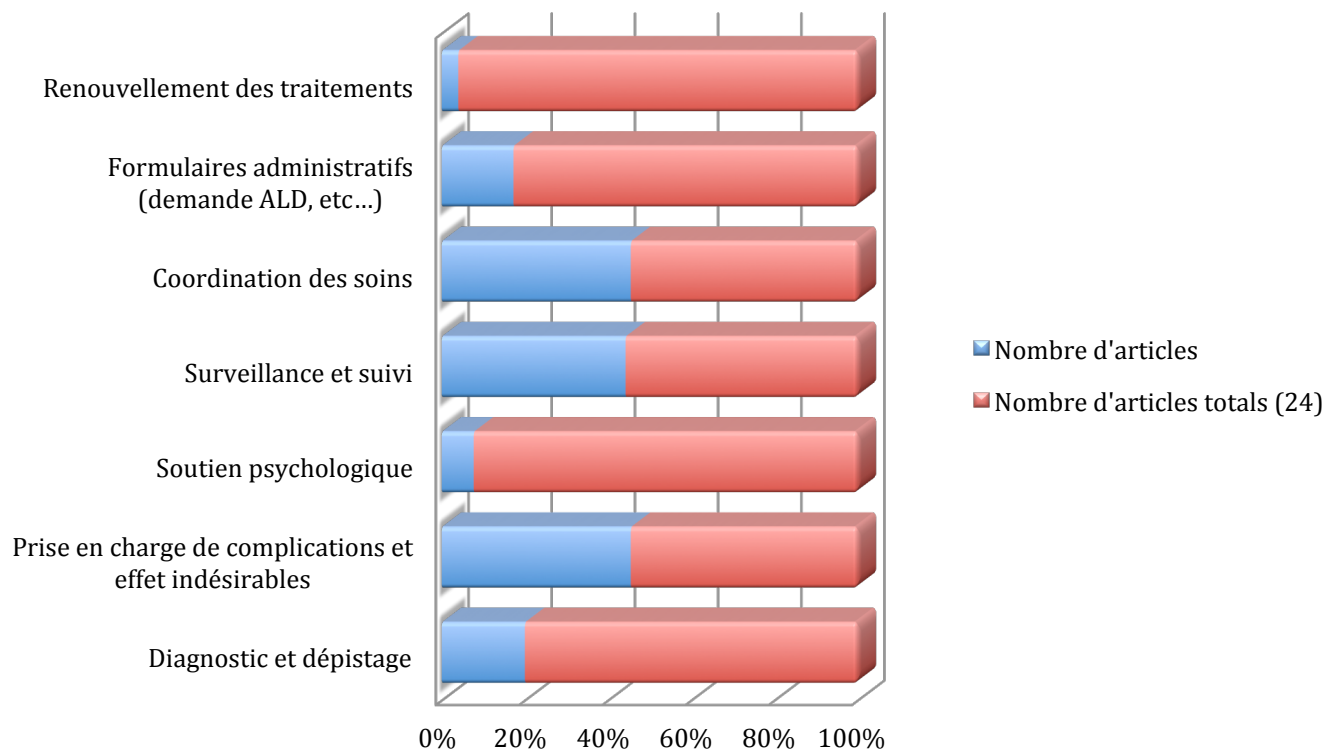
III.1. Recommandations de bonne pratique

Après lecture des 24 articles, 7 missions qui incombent au médecin traitant ont été identifiées :

1. Diagnostic et dépistage : Le médecin généraliste est cité dans 6 articles sur 24 concernant le diagnostic et le dépistage soit dans $\frac{1}{4}$ (25%) des recommandations.
2. Prise en charge de complications et effet indésirables : Il doit prendre en charge les complications et effets indésirables dans 20 articles sur 24 soit 83,33% des fois.
3. Soutien psychologique : Il doit apporter son soutien psychologique au patient dans seulement 2 articles soit 8,33% des recommandations.
4. Surveillance et suivi : Le médecin généraliste doit assurer le suivi et la surveillance du patient dans 19 des articles soit 79,16% des recommandations.
5. Coordination des soins : Il assure la coordinations des soins à hauteur de 83,33% des cancers (20 articles sur 24).
6. Formulaires administratifs (demande ALD, maladie professionnelles, etc...) : Il est prié de remplir des formulaires administratifs type demande d'ALD ou déclaration de maladie professionnelle dans 5 cas sur 24 soit 20,83%.
7. Renouvellement des traitements : Il renouvelle le traitement dans un seul cancer soit 4,16%.

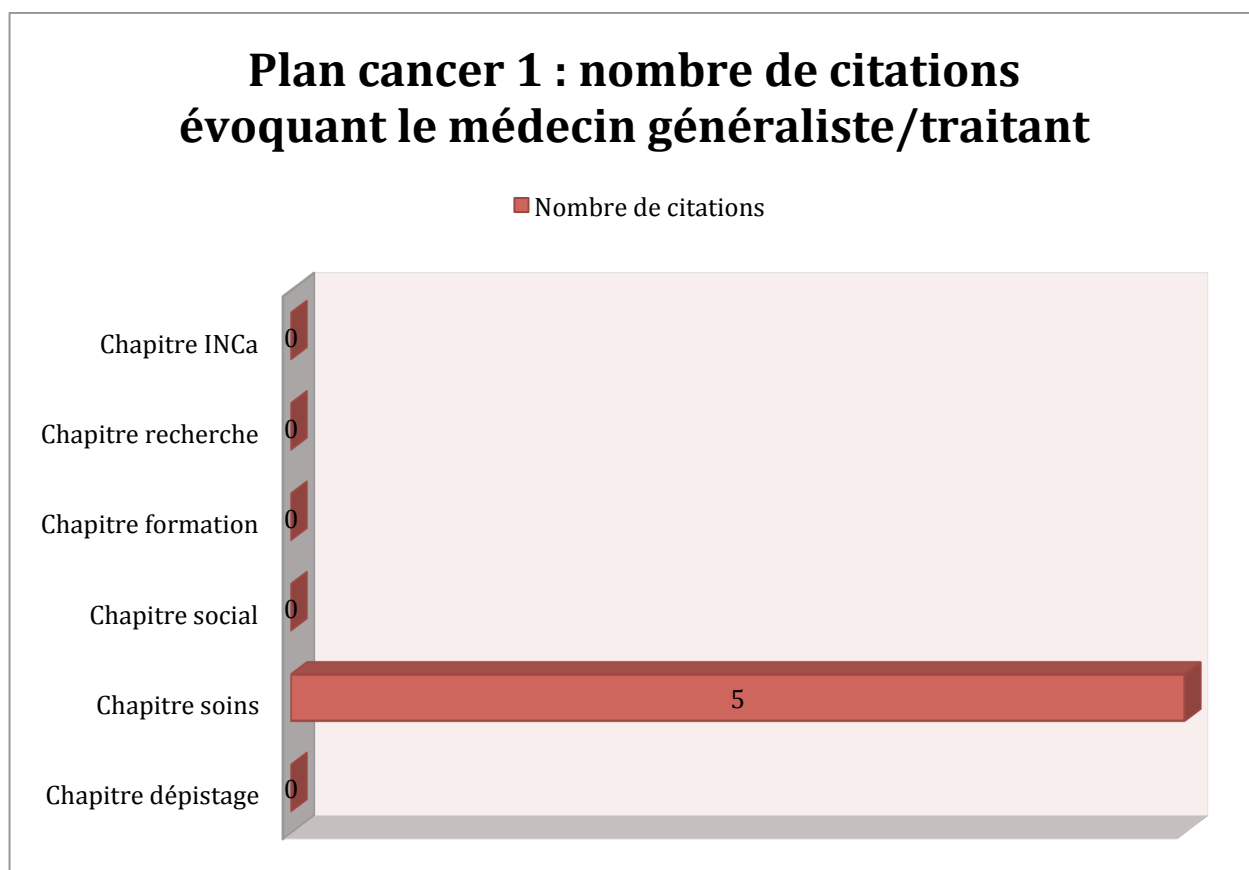
Au total, le médecin traitant est cité 73 fois, toutes missions et recommandations confondues.

Missions données au Médecin généraliste en pourcentage



III.2. Plan cancer 2003-2007

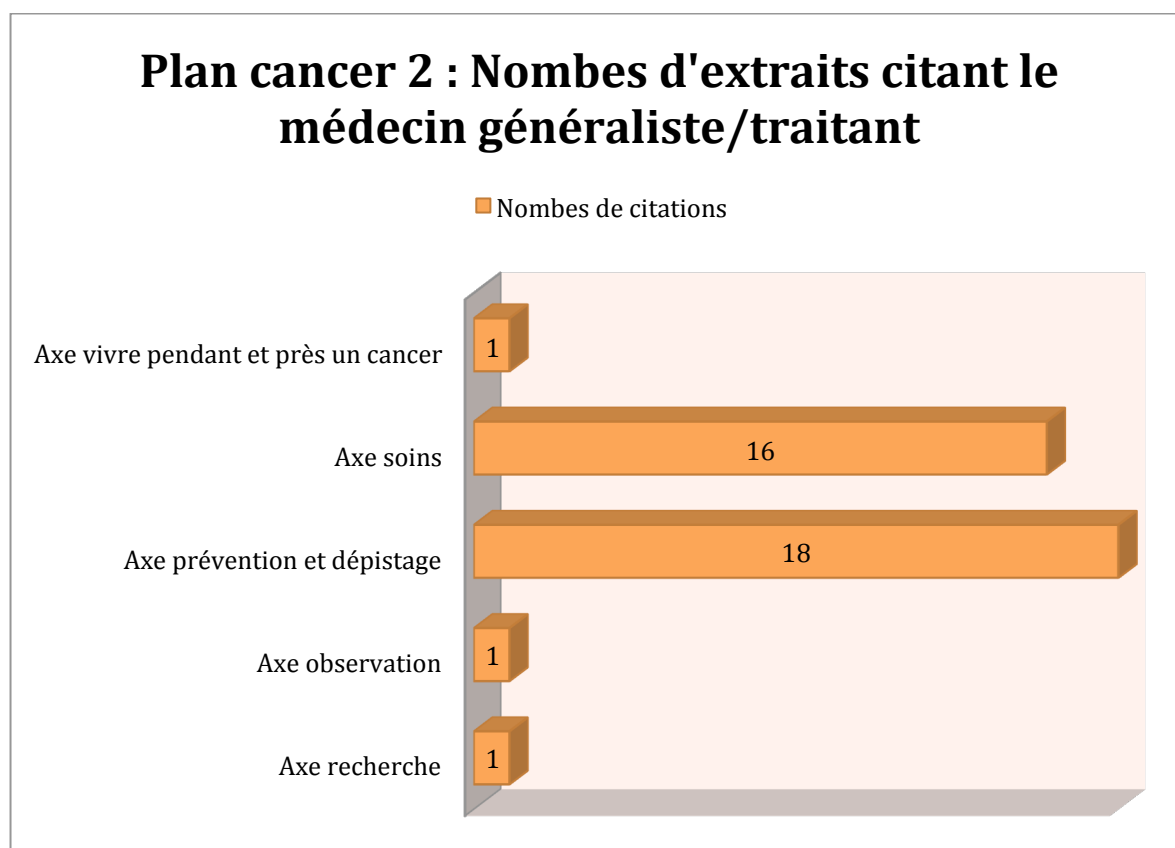
La place du médecin traitant n'apparaît que dans le chapitre concernant les soins, soit dans un chapitre sur six. Ce chapitre insiste sur la transmission des informations entre les différents intervenant et notamment entre l'hôpital et la médecine de ville.



III.3. Plan cancer 2009-2013

Ce deuxième plan cancer montre l'implication croissante de la médecine de ville car pour chaque axe est décrit une mission dévolue aux médecins traitants.

- L'axe recherche dénombre une citation « médecins généralistes ».
- L'axe observation dénombre une citation « médecin traitant »
- L'axe prévention et dépistage en dénombre 18, médecin traitant et généraliste confondus.
- L'axe soins en contient 16.
- L'axe vivre pendant et après un cancer n'en dénombre quant lui qu'une seule.



III.4. Plan cancer 2014-2016

Le troisième plan cancer est quant à lui divisé en 17 objectifs. La place du médecin généraliste est décrite dans 11 de ces 17 objectifs soit dans 64,70% de la prise en charge oncologique.

On dénombre :

- 9 missions dans l'objectif 1 : favoriser des diagnostics plus précoces
- 12 missions dans l'objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge
- 1 mission dans l'objectif 3 : Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques
- 2 missions dans l'objectif 4 : Faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie, ainsi qu'une mission concernant la communication des oncologues avec les médecins généralistes
- 0 mission dans l'objectif 5 : Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients
- 0 mission dans l'objectif 6 : Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée
- 4 missions dans l'objectif 7 : Assurer des prises en charge globales et personnalisées
- 1 mission dans l'objectif 8 : Réduire les risques de séquelle et de second cancer
- 3 missions dans l'objectif 9 : Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle
- 1 mission dans l'objectif 10 : Programme national de réduction du tabagisme
- 1 mission dans l'objectif 11 : Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer
- 2 missions dans l'objectif 12 : Prévenir les risques de cancers liés au travail ou à l'environnement
- 0 mission dans l'objectif 13 : Se donner les moyens d'une recherche innovante
- 0 mission dans l'objectif 14 : Faire vivre la démocratie sanitaire
- 0 mission dans l'objectif 15 : Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées
- 1 mission dans l'objectif 16 : Optimiser les organisations pour une plus grande efficience
- 0 mission dans l'objectif 17 : Adapter les modes de financement aux défis de la cancérologie

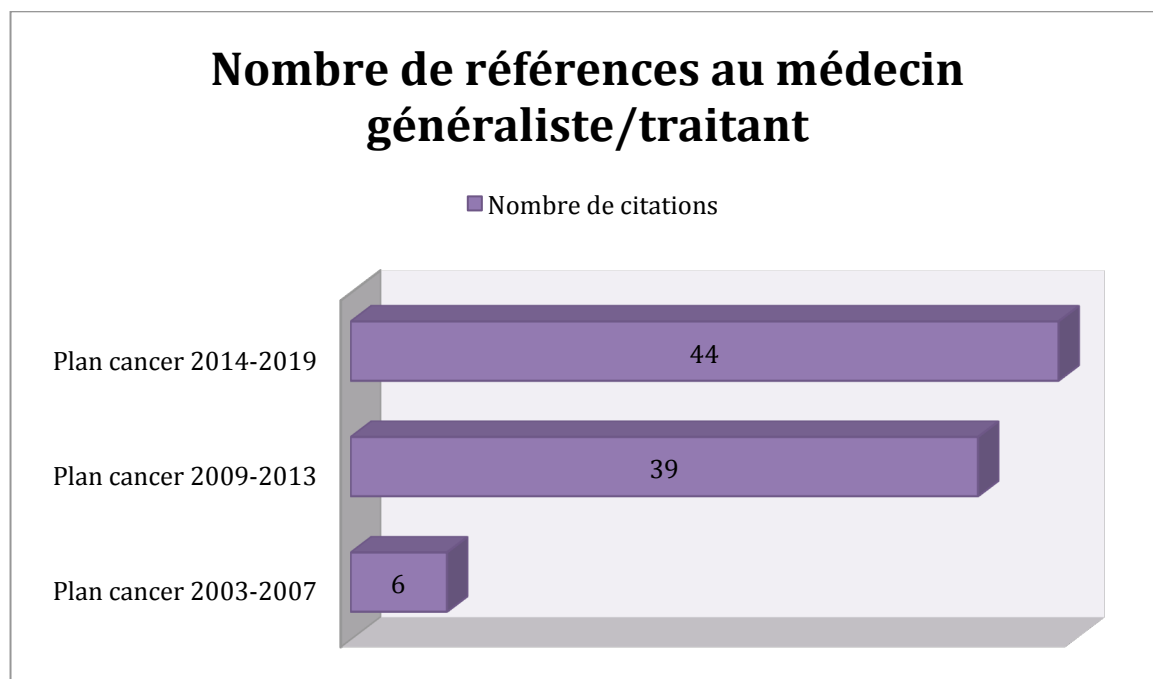
Plan cancer 3 : Nombre de missions données au médecin généraliste/traitant

■ Nombre de missions



III.5. Evolution du rôle du médecin généraliste au fil des 3 plans cancer

Au total, le médecin généraliste/traitant est cité 6 fois dans le premier plan cancer, 39 fois dans le deuxième et 44 fois dans le dernier et actuel plan cancer.



IV. DISCUSSION

IV.1. Résultats principaux

IV.1.a. Les recommandations de bonne pratique

Sept missions incombent au médecin généraliste à la lecture de ces recommandations :

- Diagnostic et dépistage
- Prise en charge de complications et effet indésirables
- Soutien psychologique
- Surveillance et suivi
- Coordination des soins
- Formulaire administratifs (demande ALD, maladie professionnelles, etc...)
- Renouvellement des traitements

Ces missions sont complémentaires à celles évoquées dans le troisième plan cancer.

IV.1.b. Les plans cancer

La place du médecin généraliste se fait de plus en plus précise au fur et à mesure des trois plans cancer.

Dans le premier plan, la place du médecin traitant n'apparaît que dans le chapitre concernant les soins, soit dans un chapitre sur 6. Ce chapitre insiste sur la transmission des informations entre les différents intervenants et notamment entre l'hôpital et la médecine de ville.

Le deuxième plan cancer montre l'implication croissante de la médecine de ville car pour chaque axe est décrit une mission dévolue aux médecins traitants. Les plus concernés étant l'axe « soins » et celui concernant « le dépistage et la prévention ».

Le troisième plan cancer est quant à lui divisé en 17 objectifs. La place du médecin généraliste est décrite dans 11 de ces 17 objectifs soit dans 64,70% de la prise en charge oncologique. Ce plan insiste notamment sur le rôle de prévention et de dépistage du médecin généraliste, ainsi que sur la qualité et la sécurité de la prise en charge.

IV.2. Force, limites et biais de l'étude

IV.2.a. Force de l'étude

Les données nécessaires à cette étude ont fait partie d'une liste exhaustive de documents, il y a donc une saturation des données. De plus, il n'existe pas de travail existant sur ces documents institutionnels. Enfin, cette étude a fait l'objet d'une rigueur méthodologique stricte.

IV.2.b. Limites de l'étude

Nous pouvons évoquer comme limite à cette étude le fait que les données aient été interprétées. En effet pour chaque recommandation de bonne pratique, ont été extraites des phrases citant les médecins généralistes et ainsi ont pu être identifiées sept missions. Celles ci sont ne sont donc pas dictées par l'INCa ou l'HAS.

IV.2.c. Biais

Le biais de confirmation, qui désigne le biais cognitif consistant à privilégier les informations confirmant ses idées préconçues, prédomine dans ce travail. En effet, les documents ont pu être interprétés d'une manière biaisée.

IV.3. Discussion

IV.3.a. Comparaison avec l'international

Le cancer est un problème de santé publique majeur qui affecte tous les pays. L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan efficace de lutte contre le cancer ainsi que la réduction des inégalités dans l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins de qualité constituent un enjeu national dans chaque état. Il est donc important de pouvoir échanger avec d'autres pays sur leurs pratiques en matière de lutte contre le cancer. L'INCa s'est engagé à promouvoir les échanges et collaborations au niveau international, et le partage d'expertise afin de relever le défi de la lutte contre le cancer (21).

➤ En Europe : Le Partenariat Européen de Lutte contre le Cancer (EPAAC)

La lutte contre le cancer est une des priorités de la politique européenne de santé publique depuis 1985. Trois programmes d'action successifs intitulés « L'Europe contre le cancer » ont ainsi été mis en œuvre entre 1987 et 2002. En juin 2009, la Commission européenne a adopté une Communication pour un Partenariat européen de lutte contre le cancer. Cette communication a été présentée en réponse à l'impact croissant du cancer dans nos sociétés et aux inégalités qui existent en terme d'incidence et de taux de survie au sein et entre les États membres. L'EPAAC (Partenariat européen de lutte contre le cancer) a pour objet d'aider les États membres à coordonner leurs actions dans la lutte contre le cancer dans quatre grands domaines : promotion de la santé et dépistage, diffusion des bonnes pratiques en matière de soins, coordination de la recherche, et informations et données comparables. Ce partenariat a été renouvelé en 2014 via une nouvelle action conjointe, appelée CANcer CONtrol.

Lors d'une réunion en décembre 2009 qui a regroupé l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer en Europe (institutions, organismes de recherche, groupes de patients, industriels, organisations non gouvernementales, autorités sanitaires nationales, et organisations internationales) les principales actions à mettre en œuvre au sein du partenariat ont été définies. Elles font l'objet d'une action

conjointe qui a été soumise et acceptée pour financement par la Commission Européenne.

L'INCa s'est impliqué dans cette initiative, en lien étroit avec la Direction générale de la santé, et a accepté de coordonner avec ECCO (European Cancer Organisation) la partie « recherche » de ce partenariat ; l'objectif de cette partie étant de renforcer la collaboration dans le domaine de la recherche sur le cancer en Europe, en développant une approche concertée qui permette la coordination d'un tiers des financements.

L'INCa contribue également aux activités définies dans le cadre de la partie « bonnes pratiques en matière de soins », qui permettra un échange de bonnes pratiques en Europe et prendra en compte la parole des malades. L'INCa gère notamment les actions liées aux cancers rares (21).

➤ L'exemple de l'Allemagne

Le plan national cancer a été initié en 2008 par le ministère fédéral de la santé (BMG), en commun avec la Ligue allemande contre le cancer (DKH), la Société allemande du cancer (DKG) et le groupe de travail des centres des tumeurs (ADT). Plusieurs recommandations ont été formulées en rapport avec les treize objectifs du plan, et sont actuellement mises en place.

De 2012 à 2015, le BMG a financé treize projets de recherche à hauteur de cinq millions d'euros. Ces projets ont pour objectif d'améliorer l'accompagnement du patient dès le diagnostic du cancer, et de renforcer l'assistance psychosociale. Il s'agit de mieux préparer les patients aux traitements ambulatoires, ou encore de leur fournir des informations et des témoignages sur le cancer. Certains projets se sont consacrés au dépistage du cancer, afin d'améliorer l'utilisation de tests diagnostiques précoces et de développer une offre spécialement pour les personnes ayant un risque élevé de cancer. Un des projets a montré les effets positifs de l'éducation des patients pour les traitements oncologiques ambulatoires : les patients bien formés souffrent moins d'effets secondaires, et font preuve d'une meilleure observance. Un autre projet a montré que la lecture de témoignages de patients atteints d'un cancer

sur internet redonne de l'espoir et de la confiance aux patients souffrant d'un cancer du sein, de l'intestin ou de la prostate, et les aide à faire face à la maladie (22).

➤ L'exemple de la Belgique

Un plan cancer a été mis en place en 2008-2010 et comporte 3 grands domaines qui sont la prévention et le dépistage, les soins, traitements et soutien aux patients, ainsi que la recherche.

Il y a eu une évolution en 2012-2015 avec renforcement du lien entre l'hôpital et le domicile, réhabilitation des patients oncologiques, création d'une banque et de dons de cellules souches, amélioration du système de qualité des soins en oncologie, et accent mis sur la médecine personnalisée.

On peut noter que la place du médecin généraliste belge apparaît dans diverses actions, similaires à celles données au médecin généraliste français, et qui sont :

- Action 6 : consultation de prévention des soins de santé (MG cité 5 fois)
- Action 6 : dépistage du cancer colorectal (MG cité 2 fois)
- Action 7 : soutien spécifique au moment de l'annonce du diagnostic de cancer au patient (MG cité 1 fois)
- Action 8 : revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire (MG cité 2 fois)
- Action 9 : mise en place de trajets de soins pour les patients cancéreux. Cette action permet de favoriser la participation du médecin généraliste dans le processus de prise en charge du cancer (MG cité 5 fois)

(23)

IV.3.b. Ce qui devrait se passer en France

Un document à destination des médecins généralistes concernant l'organisation des soins en cancérologie a été élaboré par l'INCa en collaboration avec le Collège de la médecine générale (CMG), la Fédération française des Oncologues Médicaux (FFOM) et l'Association des Coordinateurs de Réseaux de Cancérologie (ACORESCA) (15).

Selon lui, les résultats de tous les examens complémentaires ainsi que le compte rendu anatomocytopathologique doivent être envoyés au médecin traitant, à chaque étape du parcours de soins. Le médecin généraliste contribue souvent à annoncer un diagnostic de cancer, soit en faisant la « préannonce » pour préparer le patient à un diagnostic, soit en deuxième intention après l'annonce du diagnostic initial par le médecin spécialiste. C'est pourquoi l'accent est mis sur l'importance de la coordination entre l'établissement de soins et le médecin généraliste. Ce dernier doit être informé de la tenue d'une RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire), afin de permettre un échange d'informations concernant le patient en amont. Son compte rendu lui sera systématiquement transmis. Ces échanges sont nécessaires pour anticiper et gérer les soins de support en coordination. En effet, l'équipe spécialisée doit transmettre rapidement au médecin généraliste le protocole de traitement avec les complications les plus fréquentes et si possible les consignes et conseils thérapeutiques adaptés. Ce dernier doit, en retour, informer l'équipe spécialisée des événements survenus pendant l'inter-cure et des traitements entrepris. Le projet personnalisé de soins par l'équipe spécialisée doit se faire en concertation avec le médecin traitant.

Le médecin généraliste fait la demande d'admission en ALD 30 en concertation avec le patient et le ou les autres médecins intervenants. En cas de suspicion de maladie professionnelle, le médecin traitant rédige le certificat initial faisant état d'un lien possible entre la maladie et son origine.

IV.3.c. Comparaison avec la pratique

Une étude réalisée en novembre 2016 auprès de 117 médecins généralistes par le Collège de Médecine générale et le magazine *Le Généraliste*, montre que les médecins généralistes sont de plus en plus fréquemment confrontés au cancer.

70% d'entre eux estiment que la proportion de personnes atteintes de cancer a augmenté dans leur clientèle ces dernières années et plus de 80% estiment qu'ils ont un rôle à jouer dans le dépistage et l'orientation rapide du patient vers un service d'oncologie spécialisé. Quant au suivi et à l'accompagnement des chimiothérapies à domicile, seulement la moitié des généralistes interrogés déclarent l'assurer.

Parmi les raisons invoquées, ils citent les réticences des spécialistes à leur confier ce suivi (64% des médecins interrogés) et un manque d'information sur les effets indésirables des médicaments (46%). Mais ce qu'ils déplorent avant tout, c'est le manque de communication entre les médecins de villes et les spécialistes hospitaliers (85%) et le fait de ne pas être "assez pris en compte dans le parcours de soins" (73%). Les améliorations souhaitables portent essentiellement sur ces deux points. 68% mentionnent également "le manque de volonté des institutions" d'inclure le médecin généraliste dans le parcours de soins et 49% estiment ne pas être suffisamment informés.

"De nombreux généralistes réclament de s'investir davantage et considèrent que c'est possible à condition que le système de soins ne soit plus complètement centré sur l'hôpital" commente de son côté le Dr Jean Godard, du Collège de médecine générale, qui a coordonné l'enquête. "Il faudrait un changement culturel", ajoute-t-il.

V. CONCLUSION

V.1. L'apport des deux premiers plans cancer selon les rapports officiels

En 2003, Jacques Chirac avait impulsé avec beaucoup de volontarisme le premier plan cancer. «J'ai fait de la lutte contre le cancer un des grands chantiers de mon mandat», soulignait alors le chef de l'État, le jour du coup d'envoi. Cinq ans plus tard, en juin 2008, un rapport de la Cour des comptes estimait que le plan avait «atteint ses objectifs», en dépit de quelques critiques. «Ce plan a incontestablement eu un caractère novateur (...). Alors que la lutte contre le cancer est de longue date une priorité de l'État, le plan l'a significativement amplifiée, fort de sa reconnaissance comme « grand chantier présidentiel», soulignait la Cour (24).

En matière de prévention, la cour estimait positives les «mesures drastiques» engagées sur le front du tabagisme, mais constatait que l'action contre les risques de cancers professionnels ou provoqués par l'alcool était «restée beaucoup trop limitée». En ce qui concerne la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein pour toutes les femmes de 50 à 74 ans, les progrès étaient alors «réels mais inégaux». D'un département à l'autre, le taux de participation à ce programme était en effet très variable : en 2006, il dépassait 60 % en Bretagne ou dans les Pays de Loire mais stagnait à 36 % et 39 % en Île-de-France et en Lorraine.

Dans le domaine du soin, le plan a d'abord permis d'améliorer les conditions d'annonce de la maladie au patient puis de le faire bénéficier d'un programme personnalisé de soins. La cour mettait aussi en avant deux mesures structurantes pour l'amélioration de la prise en charge. La première instaurait une concertation pluridisciplinaire avant l'engagement du traitement. L'autre, peut-être la plus importante, mettait en place un dispositif d'agrément des établissements. Pour continuer à traiter des malades, les hôpitaux et les cliniques allaient devoir peu à peu remplir divers critères de compétence, d'équipement et de volume d'activité.

Lancé en 2009 par Nicolas Sarkozy, le deuxième plan cancer, a permis de renforcer la qualité et la sécurité des soins des malades, selon un rapport de la Direction générale de la santé (DGS) rendu public en août 2013.

Une des avancées les plus importantes concernait le renforcement de la qualité et de la sécurité des soins sur le territoire. Les deux plans cancer ont en effet impulsé

la mise en place de seuils minima d'activité que doivent désormais respecter les établissements qui soignent des malades du cancer. L'objectif est de garantir à chaque patient qu'il sera pris en charge par une équipe suffisamment expérimentée. Selon le rapport, les Agence régionale de santé (ARS) ont achevé la mise en œuvre des autorisations de 885 établissements, publics et privés, répartis sur tout le territoire. Outre un seuil minimal d'activité, ces établissements doivent proposer une consultation spécifique pour annoncer au mieux la maladie et organiser des réunions de concertation pluridisciplinaire.

Autre point positif : le plan a permis de faire progresser l'accès à la médecine personnalisée, c'est-à-dire à la mise en œuvre de traitements établis en fonction des caractéristiques génétiques de la tumeur du patient.

En revanche, il a obtenu de moins bons résultats en matière de lutte contre le tabagisme, qui progresse chez les femmes et les chômeurs. «La consommation de tabac, première cause de décès lié au cancer en France, n'a pas diminué et elle contribue aux inégalités en progressant chez les femmes et parmi les chômeurs», soulignait le rapport de la cours des comptes. Plusieurs mesures ont pourtant été prises entre 2009 et 2011, notamment l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs de moins de 18 ans ainsi que des cigarettes bonbons, proposées avec des arômes de fruit ou sucrés. Le ministère de la santé a aussi réussi à imposer des avertissements graphiques (photos chocs) sur les paquets.

Autre bémol : la participation aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal n'a pas progressé. «L'implication des médecins traitants reste hétérogène et le recours au dépistage individuel du cancer du sein est toujours élevé dans certaines régions», soulignait le rapport.

Le président François Hollande a dévoilé le troisième plan cancer qui met l'accent sur la lutte contre les inégalités face à la maladie et se prononce sur l'épineuse question du tabac, première cause de décès liés au cancer. Un réel effort est fait pour impliquer le médecin généraliste dans la prévention et l'accompagnement du patient cancéreux.

V.2. L'apport des plans cancer à la médecine générale

V.2.a. La place du généraliste

99,5 % des Français ont choisi comme médecin traitant un médecin généraliste qui, selon la World Organisation of Family Doctors, est le médecin de famille, chargé de dispenser des soins globaux et continus. Le médecin généraliste est quotidiennement confronté au cancer. La trop faible implication des médecins généralistes dans le Plan cancer I a été corrigée dans le Plan cancer II et accentuée dans le Plan cancer III avec la création de la consultation de fin de traitement permettant la délivrance du PPAC (Plan Personnalisé de l'Après-Cancer) et pouvant être réalisée par le médecin traitant du patient.

L'histoire naturelle de l'évolution de la prise en charge des pathologies cancéreuses couplée aux contraintes économiques face à l'explosion des maladies chroniques obligent à repenser l'organisation des soins et à repositionner la médecine générale. Le modèle de PPAC proposé par le Plan cancer II et l'Institut national du cancer correspond au modèle de décision de la médecine générale (25).

V.2.b. L'étude menée par Le Collège de la Médecine générale

Le Collège de la Médecine Générale, de son côté, a mené l'enquête auprès de 118 généralistes et le résultat est clair : si 70% des médecins généralistes voient davantage de personnes atteintes de cancer dans leur patientèle qu'auparavant, les trois quarts d'entre eux estiment que les Plans cancers successifs n'ont pas accru leur rôle (26).

➤ Concernant les patients :

- 32% des généralistes disent avoir plus de 25 patients cancéreux par an dans leur patientèle
- 30% en déclarent entre 15 et 25
- 70% estiment voir davantage de personnes atteintes de cancer

- Le Plan cancer :
 - 76% trouvent que les Plans cancers successifs n'ont pas accru leur rôle dans le suivi de cette pathologie

- Chimiothérapie :
 - 50% assurent le suivi/accompagnement des protocoles de chimiothérapie (gestion des effets secondaires...).

- Thérapies orales :
 - 58% assurent le suivi/accompagnement à domicile

- Les freins :
 - parmi les freins à la réalisation à domicile de chimiothérapies orales, 64% évoquent en premier lieu une réticence du monde spécialiste à confier ce suivi aux médecins généralistes,
 - 46% un manque d'information quant à la gestion des éventuels effets indésirables.
 - Viennent ensuite un manque de compétence (38%),
 - un manque de temps (38%),
 - une valorisation insuffisante (38%)

- Les besoins prioritaires :
 - parmi les besoins prioritaires pour le suivi des patients cancéreux, les médecins citent la facilité d'échanges avec le spécialiste (83%),
 - la transmission de toutes les données de la part de l'équipe hospitalière (80%),
 - une formation professionnelle adaptée (63%).

- La coordination ville-hôpital :
 - Les facteurs négatifs : pour les généralistes interrogés, les principaux facteurs qui affectent négativement la coordination ville-hôpital sont le manque de communication entre spécialistes hospitaliers et médecins de ville (85%), la faible prise en compte des généralistes dans le parcours de soins (73%), le manque de

volonté des institutions spécialisées de soins d'inclure le médecin généraliste dans cette coordination (68%).

- Les points d'amélioration : en corollaire des facteurs négatifs, les généralistes pensent qu'il faudrait améliorer la communication entre médecins hospitaliers et médecins de ville (83%), définir précisément le rôle du généraliste dans le parcours de soins (67%) et mettre effectivement en place le rôle du MG en soins primaires (67%).

V.3. Conclusion

Au total la place du médecin généraliste dans la lutte contre le cancer en France est complexe. Bien que ce professionnel de santé soit défini par les institutions comme le pivot de la coordination du parcours de soin, qu'en est-il réellement dans la pratique. Le patient cancéreux n'appartient à aucun des professionnels qu'il peut rencontrer. La lutte contre ce fléau est assurée par un grand nombre de professionnel de santé avec le médecin généraliste mais jamais sans lui. Les compétences de chacun sont complémentaires. En 2016, l'Inca et le Collège de la médecine générale sous la présidence du Pr Druais Pierre-Louis, Professeur des Universités de Médecine générale, ont signé un accord cadre. Une réflexion commune de ces deux institutions a été entamée sur l'organisation des soins et la recherche en soins primaires. De nouvelles recommandations et de nouveaux avis d'experts vont voir le jour dans les semaines à venir prenant mieux en compte les compétences du médecin généraliste. Un climat de confiance est en train de s'établir. Nous ne sommes qu'au début d'une aventure commune.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Rapports Plan Cancer couv.pdf - 094000529.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000529.pdf>
2. Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
3. Le ou les cancers ? - Qu'est-ce qu'un cancer ? | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Le-ou-les-cancers>
4. Définition cancer | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 3 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/cancer>
5. Histoire de Cancer [Internet]. [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: [http://www.news-medical.net/health/Cancer-History-\(French\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Cancer-History-(French).aspx)
6. Semaine nationale de lutte contre le cancer, le 14 mars [Internet]. [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.journee-mondiale.com/62/semaine-nationale-de-lutte-contre-le-cancer.htm>
7. La Ligue contre le cancer en quelques dates clés [Internet]. [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/article/8861_la-ligue-contre-le-cancer-en-quelques-dates-cles
8. Missions et domaines d'intervention - Qui sommes nous ? | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Qui-sommes-nous/Missions>
9. Haute Autorité de Santé - La HAS - La HAS [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.has->

sante.fr/portail/jcms/fc_1249599/fr/la-has

10. Haute Autorité de Santé - Missions de la HAS [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: [http://www.has-](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has)

[sante.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has)

11. 7 Cancéropôles [Internet]. [cité 29 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.7canceropoles.org/>

12. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 29 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>

13. Le Plan cancer 2009-2013 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 29 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>

14. Des ambitions fortes - Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Des-ambitions-fortes>

15. Recommandations et outils d'aide à la pratique - Professionnels de santé | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique>

16. Recommandations - Recommandations et outils d'aide à la pratique | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Recommandations>

17. Haute Autorité de Santé - Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique [Internet]. [cité 29 déc 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique

18. Le généraliste face au cancer | la maison du cancer [Internet]. 2010 [cité 5 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.la-maison-du-cancer.com/magazine/la-salle-d-infos/enqu-te/le-g-n-raliste-face-au-cancer>
19. Médecin généraliste et cancer - Doctissimo [Internet]. [cité 5 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/cancer/articles/14698-medecin-generaliste-soins-cancer.htm>
20. Médecins - Les professionnels | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 5 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Votre-prise-en-charge/Les-professionnels/Medecins>
21. Lutte contre le cancer - Actions internationales | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Actions-internationales/Lutte-contre-le-cancer>
22. Bardi J, Kovács E, Rurik I. [The family physician and oncologic screening]. Magy Onkol. nov 2011;55(4):295-301.
23. EDL_Plan Cancer_FR_jan2014(2) - 2014_EDL_PlanCancer_FR.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: http://www.e-cancer.be/publications/Documents/State%20of%20Affairs/2014_EDL_PlanCancer_FR.pdf
24. Bilan des deux précédents « plans cancers ». La Croix [Internet]. 4 févr 2014 [cité 15 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.la-croix.com/Actualite/France/Bilan-des-deux-precedents-plans-cancers-2014-02-04-1101170>
25. PPAC (programme personnalisé de l'après-cancer) : qu'en pensent les médecins traitants ? | Oncologie [Internet]. [cité 29 juin 2017]. Disponible sur: <https://onco.revuesonline.com/articles/lvonco/abs/2016/02/102690160/102690160.html>

26. 6_Generalistes_et_cancer.pdf [Internet]. [cité 29 juin 2017].
Disponible sur:
http://econgres.lequotidiendumedecin.fr/documents/6_Generalistes_et_cancer.pdf

SERMENT

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

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