

Suivi au long cours de patients atteints de cancer du sein, de cancer colorectal ou de cancer de la prostate par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste : une revue systématique de la littérature

Pierre-Vincent Bourlier

▶ **To cite this version:**

Pierre-Vincent Bourlier. Suivi au long cours de patients atteints de cancer du sein, de cancer colorectal ou de cancer de la prostate par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste : une revue systématique de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01374012

HAL Id: dumas-01374012

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01374012

Submitted on 29 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2016 N°

SUIVI AU LONG COURS DE PATIENTS ATTEINTS DE CANCER DU SEIN, DE CANCER COLORECTAL OU DE CANCER DE LA PROSTATE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU LE MÉDECIN SPÉCIALISTE : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

BOURLIER Pierre-Vincent

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE*

Le : 27 septembre 2016

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : M. Le Professeur Patrick Imbert

Membres

Mme. Le Professeur Mireille Mousseau

M. Le Docteur Yoann Gaboreau

M. Le Professeur Jean-Pierre Jacquet – Directeur de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

UFR de Médecine

UNIVERSITÉ Grenoble Alpes

Affaire suivie par Kristina PENAUD sp-medecine-pharmacie@ujf-grenoble.fr

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET**

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie

PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

PU-PH	**POLOSAN Mircea**	**Psychiatrie d'adultes**
PU-PH	**PONS Jean-Claude**	**Gynécologie obstétrique**
PU-PH	**RAMBEAUD Jacques**	**Urologie**
MCU-PH	**RAY Pierre**	**Génétique**
PU-PH	**REYT Émile**	**Oto-rhino-laryngologie**
MCU-PH	**RIALLE Vincent**	**Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication**
PU-PH	**RIGHINI Christian**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**ROMANET J. Paul**	**Ophtalmologie**
MCU-PH	**ROUSTIT Matthieu**	**Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie**
MCU-PH	**ROUX-BUISSON Nathalie**	**Biochimie, toxicologie et pharmacologie**
PU-PH	**SARAGAGLIA Dominique**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
MCU-PH	**SATRE Véronique**	**Génétique**
PU-PH	**SAUDOU Frédéric**	**Biologie Cellulaire**
PU-PH	**SCHMERBER Sébastien**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**SCHWEBEL-CANALI Carole**	**Réanimation médicale**
PU-PH	**SCOLAN Virginie**	**Médecine légale et droit de la santé**
MCU-PH	**SEIGNEURIN Arnaud**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**STAHL Jean-Paul**	**Maladies infectieuses, maladies tropicales**
PU-PH	**STANKE Françoise**	**Pharmacologie fondamentale**
MCU-PH	**STASIA Marie-José**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**TAMISIER Renaud**	**Physiologie**
PU-PH	**TERZI Nicolas**	**Réanimation**
PU-PH	**TONETTI Jérôme**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
PU-PH	**TOUSSAINT Bertrand**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**VANZETTO Gérald**	**Cardiologie**
PU-PH	**VUILLEZ Jean-Philippe**	**Biophysique et médecine nucléaire**
PU-PH	**WEIL Georges**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**ZAOUI Philippe**	**Néphrologie**
PU-PH	**ZARSKI Jean-Pierre**	**Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie**

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

Remerciements

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Patrick Imbert, vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect.

Madame le Professeur Mireille Mousseau, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance. Votre expérience en oncologie médicale est précieuse.

Monsieur le Docteur Yoann Gaboreau, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude.

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Jacquet, je vous remercie de m'avoir proposé ce travail.

À ma famille et mes amis

À mes parents, merci pour votre accompagnement, merci pour l'éducation que vous m'avez donné et la possibilité de faire de si longues études dans les meilleures conditions possibles

À mon frère, merci pour cette belle complicité qui dure depuis bientôt 30 ans (et oui, on vieillit). Le prochain docteur de la famille, c'est toi !

À ma tante et ma marraine pour leur présence

J'ai aussi une pensée pour mes grands-parents et ma grand-tante

À la famille Farneti, merci pour votre gentillesse, vous êtes de beaux parents, et de beaux frères pour moi

Aux médecins généralistes qui m'ont accompagné et formé tout au long de mon internat. Éric, pour m'avoir fait découvrir la médecine générale et m'y avoir donné goût. Dania, Frédéric et Olivier, pour m'avoir fait prendre conscience des multiples facettes de notre métier et pour m'avoir donné des clés pour nourrir ma réflexion

Aux docteurs Duplan, Pavese et Frappat pour votre bienveillance à mon égard et pour les connaissances variées que vous m'avez apportées

À toutes les équipes médicales et paramédicales avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler

Un très grand merci à tous les Professionnels de santé de Domène Santé et à Carole, merci pour votre accueil, vos sourires, votre soutien

À tous les médecins généralistes qui m'ont fait confiance en me confiant leurs patientèles lors de remplacements plus ou moins prolongés, notamment Sophie L, Dania, Fred, Olivier, Jean-Louis, Hélène et Catherine, Sophie B, Brigitte, Aurélia et Raphaëlle, Sylvie et Jérôme, Cécile et Jeanne, Lionel …

Aux co-internes rencontrés au hasard des affectations, Marielle, Thomas, Nora, Lucille, Julie, Johanna, Thomas, Pierre-Yves, Josquin pour les bons moments passés ensemble

À mes amis nancéens, malgré l'éloignement, le plaisir de se revoir est toujours intact, Anne-Elise, Caroline, Caroline, Claire, Matthieu, Vincent... votre amitié est précieuse

À Dorothée et Samuel, merveilleux couple de jeunes mariés, merveilleuse marraine, merci pour tous ces bons moments passés ensemble

À Delphine, merci d'être à mes côtés, merci pour ton soutien inconditionnel, merci de croire en moi, je t'aime

Adrien, Anatole, merci pour vos rires qui illuminent nos journées, vos câlins, vos pleurs, bref votre joie de vivre. Finalement que peut-on dire d'autre à ses enfants que des mots d'amour ?

Table des matières

Remerciements **6**
Liste des abréviations **9**
Résumé **10**
Introduction **12**
Matériel et méthode **13**
Protocole 13
Stratégies de recherche 13
Extraction des données 14
Résultats **16**
Évaluation méthodologique des articles 17
Revues systématiques 17
Essais randomisés contrôlés 17
Analyse des données 18
Données sur la morbidité et mortalité (Table 3) 22
Données sur la qualité de vie 28
Données économiques 31
Discussion **32**
Forces et faiblesses de cette revue de littérature 33
Données économiques 35
La qualité de vie 36
Qu'en pensent les patients ? 37
Et qu'en pensent les médecins ? 39
Conclusion **41**
Bibliographie **43**
Annexes **47**
Annexe n°1 : Protocole de recherche PROSPERO 47
Annexe n°2 : Équations de recherche 53
Annexe n°3 : Grille d'extraction des données des articles par ordre alphabétique 56
Annexe n°4 : Evaluation du risque de biais des essais randomisés d'après Cochrane 68
Annexe n°5 : Grilles d'évaluations des revues systématiques d'après PRISMA-P 2015 ... 70
Annexe n°6 : Caractéristiques des études exclues 78

Liste des abréviations

ASCO : American society of clincal oncology

BDSP : Banque de données en santé publique

CCR : Cancer colorectal

CHEERS : The consolidated health economic evaluation reporting standards

EORTC QLQ-C30 : European organisation for research and treatment of cancer Quality of life questionnaire Core 30

EQ-5D : EuroQol five dimensions questionnaire

FCV : Frottis cervico-vaginal

HADS : Hospital anxiety and depression scale

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

PICO : Population, Intervention, Comparateur, Outcome

PRSIMA-P : Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols

PSVQ : Patient Visit-Specific Questionnaire

RP : Radiographie pulmonaire

SF-12 : Medical outcome study Short Form, 12 items

SF-36 : Medical outcome study Short Form, 36 items

TDM : Tomodensitométrie

Résumé

INTRODUCTION

Le cancer est une maladie chronique, nécessitant un suivi régulier, et pluridisciplinaire. Certaines données suggèrent que ce suivi pourrait être réalisé par un médecin généraliste. Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature afin de démontrer qu'un suivi par un médecin généraliste pour les trois cancers les plus fréquents pourrait donner de meilleurs résultats sur la morbi-mortalité, la qualité de vie des patients, et à moindre coût.

MÉTHODE

Nous avons réalisé une recherche dans les bases de données électroniques Medline, Embase, The Cochrane Library et BDSP depuis 2006. Nous avons retenu les revues systématiques, méta-analyses, essais randomisés contrôlés et études de cohorte comparant médecins généralistes et médecins spécialistes en suivant les critères méthodologiques de la revue Cochrane.

RÉSULTATS

Parmi les 12 études retenues, nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative sur le nombre de récidives, le délai moyen de diagnostic des récidives, la survenue de complications, la qualité de vie, l'anxiété et la dépression entre les différents suivis dans le cancer du sein et dans le cancer colorectal. Il n'y a pas de données pour le cancer de la prostate. Le coût d'un suivi en médecine générale est inférieur de 15 à 25 % selon les études au suivi hospitalier.

CONCLUSION

Bien que peu nombreuses les données confirment qu'un suivi des patients atteints de cancer du sein ou colorectal par un médecin généraliste est efficient, et plus économique. D'autres études sont nécessaires, notamment économiques, pour prendre en compte les spécificités du système de soins français.

Introduction

Le cancer est aujourd'hui une maladie chronique. La prévalence totale estimée, en France, en 2008 était de l'ordre de trois millions d'adultes (1). Les trois organes les plus fréquemment touchés sont la prostate, le sein et le côlon. La prévalence partielle à 10 ans en 2008 était respectivement de 402 476, 383 310 et 190 290 (2).

Les recommandations françaises et internationales détaillent précisément le rythme du suivi et les examens à réaliser années après années mais elles restent floues sur le médecin qui doit effectuer ce suivi. Selon les recommandations de l'ASCO, un médecin traitant pourrait réaliser le suivi de patientes atteintes de cancer du sein, ou de cancer colorectal en coordination avec le spécialiste, au même titre qu'une infirmière spécialisée ou des consultations de suivi par téléphone. Dans la prostate, le médecin généraliste à un rôle important dans le dépistage des récidives osseuses sur le long terme (3–5). En France, suite au second plan cancer, la place du médecin traitant est réaffirmée, et le maître mot est la coordination entre professionnels de santé, mais sans préciser la place de chacun (6–8).

Or le suivi du patient atteint d'une pathologie chronique est l'une des compétences principales du médecin généraliste (9).

Ainsi en raison de l'augmentation du nombre de patients suivis pour un ou plusieurs cancers, de la fréquente association de comorbidités, d'un nombre important d'autres affections aiguës intercurrentes chez ces patients fragiles, il est important de connaitre le professionnel de santé le plus apte à les suivre.

Existe-il dans la littérature scientifique des données qui permettraient d'envisager un transfert du suivi de patients atteints de cancer des médecins spécialistes aux médecins généralistes ? Pour répondre à cette question, nous avons, à la demande

du Collège de la médecine générale, réalisé une revue systématique de la littérature internationale à la recherche d'une différence en termes de morbidité et de mortalité, de qualité de vie et de coût entre le suivi par un médecin spécialiste et un médecin généraliste chez les patients atteints de cancer de la prostate, du sein et colorectal.

Matériel et méthode

Protocole

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en nous appuyant sur les recommandations de la revue Cochrane : The Cochrane Handbook for Systematic Reviews (10). Nous avons rédigé un protocole de recherche publié le premier mars 2016 dans le registre international des revues systématiques de littérature PROSPERO (University of York) sous le n°2016 : CRD42016035524 (Annexe n°1) (11). Nous n'avons pas modifié ce protocole en cours de travail.

Stratégies de recherche

Nous avons interrogé les bases de données MEDLINE via Pubmed, Embase, The Cochrane Librairy et BDSP au moyen d'équations de recherche spécifiques à chaque base de données, à l'aide de termes MeSH, et par des mots clés libres, sur une période s'étendant du 1/1/2006 au 31/07/2016 (Annexe n°2). Nous avons complété cette recherche par une recherche manuelle : littérature grise, recommandations de bonnes pratiques des principales sociétés savantes internationales, analyse de la bibliographie des articles retenus.

Nous avons effectué une recherche distincte pour chaque cancer ainsi qu'une recherche plus générique avec le seul terme cancer.

Nos critères d'inclusions ont été : articles en langue anglaise ou française, revues systématiques de la littérature ou méta analyses, essai randomisés contrôlés, suivis de cohortes, comparant le suivi par le médecin généraliste par rapport au spécialiste dans au moins l'un des domaines de notre recherche.

Les 4783 articles ainsi trouvés ont ensuite été triés de manière indépendante par l'auteur et une seconde personne sur leur titre et leur résumé. Puis ces choix ont été confrontés, et les désaccords ont été tranchés par une tierce personne.

Enfin 12 articles ont été sélectionnés sur leur texte intégral.

Extraction des données

Pour chaque article sélectionné l'extraction des données s'est faite sous la forme de grille de lecture préalablement élaborée respectant la méthode PICO (Table 1). Les grilles sont disponibles en annexe 3.

Nous avons également mesuré le risque de biais de chaque essai randomisé contrôlé conformément aux recommandations de la revue Cochrane via le Cochrane risk of bias tool (Annexe n°4).

L'évaluation des revues systématiques de la littérature s'est faite suivant les critères PRISMA-P 2015 (Annexe n°5) (12).

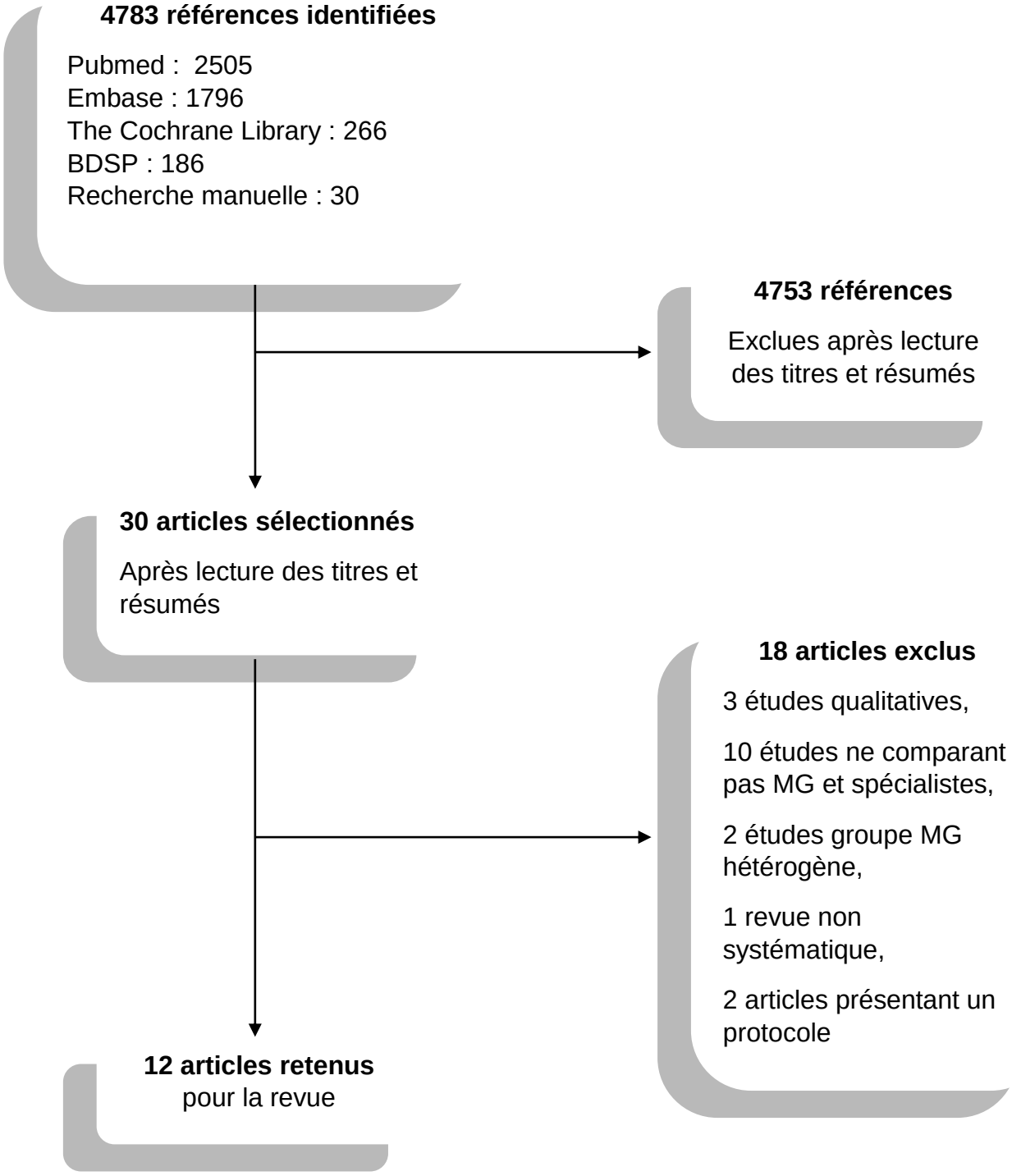
Table 1 : Critères PICO et mots-clés associés.

PICO	Critères d'inclusion	Mots clés
Population	Patients adultes suivis pour cancer du sein/prostate/colorectal	Cancer OR Carcinoma OR Neoplasm Breast / Prostatic / Colorectal
Intervention	Suivi en médecine générale	General practice OR Family Physician OR Primary Care
Comparateur	Suivi hospitalier ou médecins spécialistes	Non spécifiés
Outcome	Différence en morbi-mortalité, qualité de vie et économique	Non spécifiés

Résultats

Au total, nous avons identifié 4783 articles, dont 30 sélectionnés pour lecture en entier et 12 retenus pour étude (Figure 1). Les caractéristiques des essais randomisés et des études de cohorte retenues sont résumées dans la table 2.

Figure 1 : Flow chart



Évaluation méthodologique des articles

Revues systématiques

Nous avons trouvé trois revues systématiques dans la littérature internationale qui apportent des éléments de réponse à notre question. Ces revues sont de bonne qualité méthodologique avec un score PRSIMA-P (Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols) de 87 % pour Lewis, 78 % pour Murphy et 71 % pour Montgomery (13–15).

Une revue de la littérature se concentre sur le coût des différents suivis, son score PRISMA-P est 78 % (16).

Essais randomisés contrôlés

Nous retrouvons peu de biais dans les trois essais randomisés contrôlés. Le double aveugle n'était pas possible en raison des suivis différents, mais les auteurs des études n'étaient pas au courant de la randomisation des patients lors de l'analyse des données.

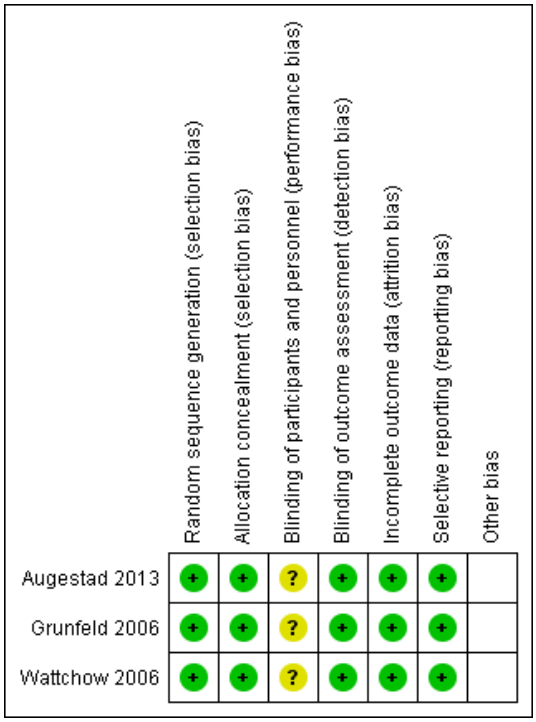


Figure 2 : Evaluation des risques de biais pour les trois essais randomisés contrôlés

Analyse des données

La revue systématique de Lewis en 2009 est la plus proche de notre travail. Elle avait pour objectif de comparer l'efficacité et le coût d'un suivi en soins primaires versus secondaires, d'évaluer l'impact d'un suivi en soins primaires discontinu, ainsi que des interventions intégrants soins primaires et secondaires entrelacés pour le suivi (13).

Ce travail couvre une période allant de la création des bases de données de recherche bibliographique jusqu'en février 2007. Sur 43 861 références identifiées lors de leur recherche initiale, les auteurs ont finalement inclus 13 études.

Dans cette revue, trois essais randomisés contrôlés s'intéressaient à des patients atteints de cancers du sein et colorectal (17–19). Un total de 1467 patients étaient inclus. Il n'a pas été retrouvé de différence en termes de bien-être (troubles psychologiques et qualité de vie), taux de récurrence ou survie globale entre les différents types de suivi.

La revue systématique de Murphy en 2012 se concentre sur les survivantes du cancer du sein, et plus particulièrement sur l'adhérence à l'hormonothérapie (14). Il a notamment été étudié l'impact du praticien réalisant la prescription sur l'adhérence au traitement. Sur les 29 études de cette revue, moins de 6 ont étudié ce facteur. Aucune étude ne retrouve un impact positif du suivi par le généraliste et il est retrouvé une tendance à une meilleure adhérence lorsque le suivi est réalisé par un oncologue.

La troisième revue, celle de Montgomery en 2007 s'attache à retrouver les essais étudiants des méthodes de suivi alternatives et des données concernant une durée de suivi standardisée (15).

Deux essais comparant le suivi hospitalier versus en médecine générale, ne retrouvent pas de différence dans la survenue d'effets secondaires graves, ni dans la détection des récurrences. Les délais de récurrence ne sont pas précisés dans l'article. Grunfeld en 1996 a effectué un suivi de 18 mois sur 296 patientes non métastatiques à la fin du traitement, comparant suivi hospitalier versus en médecine générale (17). Si la majorité des récurrences (18 sur 26) est diagnostiquée entre les consultations de suivi, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Le délai médian de confirmation est de 21 jours dans le groupe suivi à l'hôpital pour 22 jours dans le groupe suivi en médecine générale. Il n'a pas été mis en évidence de différence au niveau de l'anxiété ni de la qualité de vie.

Table 2 : Caractéristiques (a) des essais randomisés contrôlés et (b) des études de cohorte

Etude	Année	Echantillon	Age	Intervention	Schéma d'étude	Durée	Données
(a) Essais randomisés contrôlés comparant médecins généralistes et spécialistes							
Grunfeld	2006	968 patientes en rémission d'un cancer du sein à un stade précoce 9 à 15 mois après le diagnostic	61 ans d'âge moyen, allant de 25 à 92 ans	Groupe MG n = 483 Groupe suivi hospitalier n = 485	Étude non infériorité suivi Mg vs hospitalier	Suivi médian de 3.5 ans, 32 % de patientes suivies 5 ans	Évènements cliniques graves, décès, récidive, qualité de vie avec SF-36 et HADS
Wattchow	2006	203 patients avec un cancer colique stade précoce, 57.6 % d'hommes	12.8 % < 60 22.7 % 60 à 69 45.8 % 70 à 79 18.7 % > 80	Groupe MG n = 97 Groupe suivi hospitalier n = 106	Essai randomisé contrôlé	24 mois	Qualité de vie SF-12, HADS, PSVQ Décès, récurrences Examens complémentaires réalisés
Augestad	2013	110 patients, CCR stades I, II, III 59.1 % hommes	6.3 % < 50 12.7 % 50 à 59 42.7 % 60 à 69 38.0 % 70 à 75	Groupe MG n = 55 Groupe chirurgien n = 55	Essai randomisé contrôlé	24 mois	Qualité de vie : EORTC QLQ-C30 et EQ-5D Coût de chaque suivi

(b) Etudes de cohortes évaluant différentes modalités de suivi

Etim	2006	3828 femmes, cancer du sein stade précoce	≥66 ans	Suivi MG seul vs spé seul vs suivi conjoint	Étude de cohorte	7 à 42 mois post diagnostic (Année 1995)	Taux annuel de réalisation de mammographie selon les groupes
Keating	2007	44511 femmes, cancer du sein stade précoce, avec faible risque de récidive	≥65 ans	Suivi MG seul vs spécialiste seul vs suivi conjoint	Étude de cohorte	7 à 42 mois post diagnostic (1992 à 1999)	Taux annuel de réalisation d'examens non recommandés (TDM, RP, biologie, échographie abdominale) Evolution au cours de la décennie
Haggstrom	2009	303 patients suivis entre 2 et 5 ans post diagnostic de cancer colorectal, 51 % de femmes	Imprécis, de < 50 ans à > 75 ans	Suivi MG seul vs spécialiste seul vs suivi conjoint	Étude de cohorte	Patients interrogés une fois	Type de médecin consulté par les patients au cours du suivi. Contenu des visites. Qualité ressentie des soins centrés sur les patients.
Maly	2013	579 patientes défavorisées suivies pour un cancer du sein stade 0 à III (= local à localement avancé)	> 18 ans	Suivi MG seul vs spécialiste seul vs suivi conjoint	Étude de suivi longitudinale	0 à 36 mois post diagnostic	Taux de mammographie, FCV et coloscopie (patientes > 50 ans) Facteurs associés à la réalisation de soins appropriés

Données sur la morbidité et mortalité (Table 3)

Nous avons identifié trois essais randomisés contrôlés comparant le suivi effectué par un médecin généraliste versus un médecin spécialiste : l'un dans le cancer du sein et deux dans le cancer du côlon comparant médecin généraliste versus chirurgien (18–20).

L'étude de Grunfeld portait sur 968 patientes, 483 dans le groupe médecin généraliste et 485 dans le groupe suivi en centre hospitalier, incluses dans le protocole entre janvier 1997 et juin 2001. Cinquante-cinq pourcents des femmes à qui l'on a proposé cette étude ont accepté de participer (18).

L'objectif principal de cet essai était de mettre en évidence la non infériorité du suivi par le médecin généraliste par rapport au suivi hospitalier en se fondant sur la fréquence de survenue d'évènements cliniques graves. Avec 17 patientes (3.5 %) dans le groupe généraliste et 18 patientes (3.7 %) dans le groupe hospitalier ayant eu un effet clinique grave, la différence est faible : 0.19 % IC 95 % [-2.26 % à 2.65 %]. Cette différence n'est pas significative, la borne inférieure de l'intervalle de confiance étant au-delà de la tolérance de non infériorité de – 1.5 % établie à l'avance. Les auteurs mettent en avant le côté trop restrictif de cette borne pour expliquer ce résultat négatif.

L'étude de Wattchow est un essai randomisé contrôlé mené entre 1998 et 2003 en Australie portant sur 203 patients souffrants de cancer du côlon. L'étude est conçue pour déterminer si la nature du suivi impacte la qualité de vie des patients : on ne retrouve pas de différence statistiquement significative.

Mais à titre indicatif, des données de suivi de recommandations et de morbidité et de mortalités sont également relevées et la tendance est à l'absence de différence entre les deux groupes (19).

Avec un délai moyen de diagnostic des évènements cliniques graves de 45 jours dans le groupe chirurgien et de 35 jours dans le groupe médecin généraliste, la différence n'est pas significative, avec p = 0.46 chez Augestad (20).

Table 3 : Résultats concernant la survie et les récidives

Etudes	Survie	Récidives
Grunfeld 2006 Cancer du sein Suivi médian 42 mois Groupe MG : n = 483 Groupe hôpital : n = 485	Décès : Groupe MG : n = 29 Groupe hôpital : n = 30 Différence : 0.18 % IC 95 % [-2.90 à 3.26]	Évènements cliniques graves liés à une récurrence : Groupe MG : n = 17 Groupe hôpital : n = 18 Différence : 0.19 % IC 95 % [-2.26 à 2.65] Récidive ou nouveau cancer controlatéral : Groupe MG : n = 54 Groupe hôpital : n = 64 Différence : 2.18 % IC 95 % [-2.13 à 6.16]
Wattchow 2006 Cancer colique Suivi 24 mois Groupe MG : n = 97 Groupe hôpital : n = 106	Tendance du taux de décès pour 1000 mois d'essai : Groupe MG : n = 6.6 Groupe hôpital : n = 5.4 p = 0.67[a]	Tendance du taux de récidive pour 1000 mois d'essai : Groupe MG : n = 7.1 Groupe hôpital : n = 8.0 p = 0.92[a]
Augestad 2013 Cancer colique Suivi 24 mois Groupe MG : n = 55 Groupe chirurgien : n = 55	Décès : Groupe MG : n = 1 Groupe chirurgiens : n = 4 Effectifs trop faibles pour analyse statistique, étude non conçue pour ça	Évènements cliniques graves : Groupe Mg : n = 26 Groupe chirurgiens : n = 22 Délai moyen pour diagnostic d'un évènement clinique grave : Groupe MG : 35 jours Groupe chirurgiens : 45 jours *p = 0.46*

[a] : Test de Fisher

Plusieurs études de cohorte s'intéressent de près aux examens complémentaires prescrits aux patients, que ce soit pour évaluer le suivi des recommandations ou pour mesurer l'impact du médecin effectuant le suivi sur la réalisation d'examens recommandés (Table 4).

Etim et Maly ont mesuré le taux de réalisation de mammographies chez des patientes suivies pour cancer du sein, selon le médecin qui assurait le suivi. Dans les deux cas, et sur des populations aux caractéristiques différentes (patientes âgées, patientes défavorisées) on retrouve un meilleur taux de réalisation de mammographies chez les patientes suivies conjointement par un médecin généraliste et un médecin spécialiste (21,22).

Dans les deux études, les taux avoisinent les 80 %.

Keating effectue un relevé des examens complémentaires réalisés entre 1992 et 1999 aux Etats-Unis par 44 511 patientes âgées d'au moins 65 ans et suivies pour un cancer du sein, dans le but d'évaluer la réalisation d'examens non recommandés : scanner, tests sanguins biologiques, radiographies pulmonaires ou autres radiographies, et imagerie abdominale (23). Les données sont collectées sur les 3 années suivant le diagnostic.

On retrouve plus de scanners, examens biologiques et échographies abdominales chez les patientes suivies par un médecin généraliste et un spécialiste que chez les patientes suivies uniquement par un médecin généraliste seul.

Durant la décennie de réalisation de l'étude de Keating, une importante étude évaluant l'impact de différentes stratégies de suivi sur la survie et deux recommandations de bonnes pratiques qui en découlèrent furent publiées. On ne

retrouve pas de cassure nette dans la réalisation d'examens non recommandés en regard de ces publications, mais plutôt une lente décroissance année après année.

Enfin l'étude de Haggstrom se positionne différemment : son objectif était de déterminer, selon le type de médecin suivant des patients atteints de cancer colo rectal, le contenu des visites, les caractéristiques des patients et la qualité des soins centrés sur le patient (communication, coordination des soins, relations entre praticiens) (24). L'hypothèse de départ est qu'il n'y a pas de différence suivant le médecin.

Trois cents trois patients sont suivis sur une période allant de 2 à 5 ans après le diagnostic ; 51 % sont des femmes. Quarante pourcents des patients consultent au moins deux médecins.

Les médecins généralistes voient en majorité des patients ayant un petit stade (I ou II) (78 %), et des patients ayant plusieurs comorbidités (70 %).

Le contenu des visites chez le médecin généraliste aborde plus les thématiques de prévention, alimentation et exercice, mode de vie. Celles chez le spécialiste donnent lieu à plus d'examens de suivi OR 4.21 IC 95 % [1.74 à 10.21].

Concernant la qualité des soins ressentie par les patients, on ne retrouve pas de différence entre les groupes dans aucune des thématiques abordées.

Table 4 : Résultats concernant la réalisation d'examen secondaires recommandés et non recommandés

Etude	Examens recommandés	Examens non recommandés
Etim 2006 Effectif : 3828, en 1995 7 à 42 mois post cancer du sein Etats-Unis	Mammographie : meilleurs taux de réalisation en cas de suivi conjoint lors des trois années de suivi : 84 %, 81 %, 78.6 % vs 57.7 %, 55.1 % et 54.2 % pour MG seul vs 81.8 %, 78.5 % et 74.4 % pour spécialiste seul	
Keating 2007 Effectif : 44511, entre 1992 et 1999 7 à 42 mois post cancer du sein Etats-Unis	Taux de mammographie augmente au cours de la décennie. Pas de données selon le type de suivi.	Plus d'examens non recommandés chez les patientes ayant un suivi conjoint que chez les patientes suivies seulement par un généraliste, sauf radiographie thoracique : risques relatifs ajustés : TDM osseux : 1.43 IC 95 % [1.34 à 1.53][b] Dosage marqueur : 1.77 IC 95 % [1.72 à 1.83][b] Image abdominale : 1.36 IC 95 % [1.26 à 1.46][b] RT : 1.00 IC 95 % [0.98 à 1.02][b]
Maly 2013 Effectif : 579, entre 2003 et 2005. Patientes défavorisées Etats-Unis	Mammographie (MG vs spécialiste vs suivi conjoint) : 77.5 % vs 71.0 % vs 83.0 % p = 0.015[a] Frottis dans les deux dernières années : 77.5 % vs 73.0 % vs 80.9 % p = 0.207[a] Coloscopie chez les patientes de plus de 50 ans : 63.3 % vs 27.6 % vs 52.3 % p = 0.0007[a]	

[a] Test de χ^2. [b] Adjusted Risk Ratio

Données sur la qualité de vie

Grunfeld, Wattchow et Augestad ont mené des études au cours desquelles ils ont mesuré régulièrement la qualité de vie des patients, lors des consultations de suivi, au moyen de diverses échelles SF-12, SF-36 et EORTC QLQ-C30 et l'anxiété et la dépression avec l'échelle HADS (18–20). Dans tous les cas, on ne retrouve pas de différence entre les groupes, que ce soit dans les composantes mentales, physiques, anxiété ou dépression entre un suivi par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste (Table 5).

L'étude d'Augestad est un essai randomisé contrôlé réalisé entre 2007 et 2011 en Norvège, portant sur 110 patients suivis pour un cancer colique après chirurgie. L'hypothèse principale est qu'un suivi par un médecin généraliste permet d'obtenir d'aussi bons scores en qualité de vie, et à un moindre coût (20).

Sur les échelles de mesures EORTC QLQ-C30 et EQ-5D, il n'y pas de différence dans les scores obtenus dans chacun des groupes.

Wattchow s'intéresse aussi à la satisfaction des patients via le Patient Visit-Specific Questionnaire, et la majorité des patients évalue tous les items « excellent » ou « très bon » quel que soit le médecin qui les suivent.

Table 5 : Résultats concernant la qualité de vie, l'anxiété et la dépression et la satisfaction des patients

Etudes	Qualité de vie	Anxiété et dépression	Satisfaction des patients
Grunfeld 2006 Cancer du sein Suivi médian 42 mois Groupe MG : n = 483 Groupe hôpital : n = 485 Echelles : SF-36 et HADS	Pas de différence entre les groupes MG et hôpital sur l'échelle **SF-36** tant dans la composante physique que mentale sur la durée du suivi *p < 0.05* (Données détaillées non fournies)	Pas de différence entre les groupes MG et hôpital sur la moyenne des scores de l'échelle **HADS** sur la durée du suivi *p < 0.05* (Données détaillées non fournies)	Non évaluée dans l'étude
Wattchow 2006 Cancer colique Suivi 24 mois Groupe MG : n = 97 Groupe hôpital : n = 106 Echelles : SF-12, HADS et PSVQ	Pas de différence entre les groupes MG et chirurgien sur l'échelle SF-12 tant sur la composante physique que mentale à 24 mois. Scores médians respectifs : MG 48.5 Vs chirurgien 50.4 *p = 0.279*[a] MG 54.4 Vs chirurgien 55.9 *p = 0.474*[a]	Pas de différence sur anxiété et dépression à 24 mois, score médian HADS, avec respectivement : MG 4.0 Vs chirurgien 5.0 p = 0.106[a] MG 4.0 Vs chirurgien 3.0 p = 0.796[a]	Échelle Patient Visit-Specific Questionnaire (PVSQ), à 24 mois, pourcentage de patients cotant « excellent » ou « très bien ». MG n = 76 et chirurgien n = 81 - Délai avant RDV : 82.2 vs 82.2 *p = 0.69*[b] - Facilité d'accès du cabinet : 83.6 vs 78.1 *p = 0.179*[b] - Joindre le Dr par téléphone : 68.5 vs 61.6 *p = 0.257*[b] - Temps en salle d'attente : 56.2 vs 56.9 *p = 1.0*[b] - Temps moyen passé avec le Dr : 76.7 vs 68.5 *p = 0.116*[b] - Explications données par le Dr : 83.6 vs 80.8 *p = 0.326*[b] - Connaissances du Dr : 89.0 vs 90.4 *p = 0.496*[b] - Comportement général : 97.3 vs 94.5 *p = 0.081*[b] - Satisfaction générale : 95.9 vs 91.8 *p = 0.064*[b]

Augestad 2013 Cancer colique Suivi 24 mois Groupe MG : n = 55 Groupe chirurgien : n = 55 Echelles EORTC QLQ-C30 et EQ-5D	Pas de différence en termes de qualité de vie sur EORTC à 12 et 24 mois en globalité : MG 86.5 vs Chirurgien 85.0 Différence -2.23 IC 95 % [-5.7 à 1.2] *p = 0.20* Pas de différence sur EQ-5D index score à 24 mois : MG 83.5 vs Chirurgien 82.4 Différence -1.10 IC 95 % [-3.9 à 1.7] *p = 0.44*	Non évaluée dans l'étude	Non évaluée dans l'étude

[a] Analyse de covariance. [b] Test de Fisher

Données économiques

Pearce en 2016 a voulu modéliser le coût de trois approches différentes dans le cancer de la prostate : suivi hospitalier selon les recommandations de l'European Association of Urology (EAU), suivi hospitalier puis en médecine générale après deux ans selon les recommandations du National Institut of Health Care Excellence (NICE) et la pratique courante en Irlande (25–27). L'étude porte sur une population standardisée de 1000 hommes, en se basant sur des données démographiques irlandaises et sur le coût des soins au Royaume-Uni.

Un suivi hospitalier pur représente 8 % d'économies, un suivi mixte 26 %, ce qui correspondrait à une économie de 761 119 € sur une période de 10 ans pour la cohorte.

Lors de son essai, Augestad retrouve un coût de suivi par un généraliste inférieur de 16.75 % $p < 0.001$ à 24 mois par rapport au suivi par un chirurgien (20).

La revue systématique de Meregaglia et Cairns s'intéresse d'une part aux études fournissant des données économiques et cliniques chez des patients adultes suivis pour un cancer, et d'autre part à la qualité de ces études. La qualité des études est évaluée à l'aide la méthode CHEERS (The Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards), récemment développée pour analyser les études portant sur des données économiques. Les études sont de bonne qualité avec un score moyen de 74 %. Les résultats montrent une diminution des coûts lors d'un suivi en médecine générale, et lorsque le plan de suivi est adapté au risque de récidive du patient. On retrouve aussi une diminution des coûts lorsqu'une stratégie de suivi non intensive est adoptée par rapport à une stratégie intensive associant plusieurs examens complémentaires en plus de la mammographie (16).

Discussion

Les revues systématiques de la littérature comme les essais randomisés contrôlés ne retrouvent pas de différence statistique en termes de morbidité et de mortalité, de qualité de vie, de bien être, d'anxiété et de dépression, que le suivi d'un patient porteur d'un cancer soit réalisé par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. La satisfaction des patients ne diffère pas non plus selon la spécialité du médecin.

Les patients suivis conjointement par un médecin généraliste et un médecin spécialiste ont un meilleur taux de réalisation des examens de suivi recommandés comme la mammographie chez les patientes atteintes d'un cancer du sein.

Il semblerait que les thématiques abordées lors des consultations de médecine générale sont plus variées et ouvertes sur d'autres champs que le cancer, en abordant notamment l'activité physique ou le contrôle du poids (24). Ceci mérite d'être souligné ; il est en effet largement démontré que l'activité physique améliore la qualité de vie pour tous les types de cancer (28). La pratique d'une activité physique régulière suffisamment intense entraine une diminution du risque de récidive et de décès de l'ordre de 50 % pour les cancers mammaires, coliques et prostatiques (29,30).

Enfin les données économiques sont en faveur d'une réduction des coûts de 15 % à 25 % selon les études lorsque le suivi est réalisé par un médecin généraliste.

Forces et faiblesses de cette revue de littérature

Ce travail est à notre connaissance le seul en langue française. Les précédents dans la littérature internationale datent d'une petite dizaine d'année.

L'un des points forts de ce travail est sa rigueur méthodologique, basée sur les recommandations de la revue Cochrane, l'un des groupes leaders dans le domaine de la revue systématique au niveau mondial.

Nous avons effectué plusieurs recherches dans les grandes bases de données de la littérature scientifique française et anglo-saxonne afin de tendre vers la plus grande exhaustivité possible. Il n'est cependant pas exclu que nous ayons manqué des données.

Ces résultats, plutôt encourageants, ne doivent pas masquer la faiblesse des données retrouvées : seulement trois essais randomisés au cours des dix dernières années, portant majoritairement sur de petits effectifs, des durées de suivies de 24 mois ne permettant pas de mettre en évidence toutes les récidives, et l'absence de données concernant le cancer de la prostate, pourtant le plus fréquent en nombre, et dont la survie observée à 5 ans est de 81 % IC 95 % [81 à 82] pour la période 2005-2010 (31).

Les résultats de l'essai le plus important en nombre de patientes et en durée de suivi, qui est un essai de non infériorité, ne sont pas concluants (18). Cet essai est pourtant de bonne qualité, le recrutement large, la durée de suivi médiane de 4.5 années post diagnostic, et malgré cela, il est insuffisamment puissant pour mettre en évidence la non infériorité du suivi par le médecin généraliste sur le spécialiste en matière d'évènements cliniques graves, mais aussi pour mettre en évidence une éventuelle

supériorité en qualité de vie et anxiété lors d'un suivi par le médecin généraliste. C'est notamment dû au faible taux de récidive dans les deux groupes (11 % et 13 %).

Ceci souligne la difficulté à construire des études de puissance suffisante avec un effectif conséquent et un suivi assez long qui permettent d'obtenir des données scientifiques solides.

Néanmoins toutes les données suivent la même tendance : le suivi par le médecin généraliste ne présente pas d'effet délétère pour le patient.

Données économiques

Le coût des soins est l'une des problématiques majeures de nos sociétés, et notamment en France, ou le système d'assurance maladie est confronté à un paradoxe constant : le coût des soins et des médicaments augmente, les budgets ont vocation à diminuer.

Dans ce contexte, la recherche d'économies sans altération de la qualité des soins est une priorité.

Toutes les données que nous avons pu recueillir vont dans un seul et même sens : le suivi en soins primaires est moins coûteux : les consultations en médecine générale sont moins chères que des consultations de spécialistes, les médecins généralistes prescrivent moins d'examens non recommandés et les frais liés aux transports sont inférieurs (22,23).

Cependant ces données économiques sont issues de systèmes de soins différents du notre : anglo-saxon, Scandinavie et ne sont pas forcément extrapolables telles quelles en France. Une évaluation économique fine prenant en compte les spécificités du système de soins français est donc plus que souhaitable.

La qualité de vie

L'altération de la qualité de vie chez les patients atteints de cancer est une constante, et les actions qui visent à la limiter sont nombreuses, notamment portées par le dernier plan cancer : personnalisation des soins, favoriser les soins ambulatoire, développement de l'éducation thérapeutique (32).

L'OMS en a proposé une définition en 1995 : « La qualité de vie est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit donc d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (33).

Il est difficile d'apprécier la qualité de vie, car c'est une variable qui ne peut être directement mesurée. Depuis les années 1970 plusieurs échelles existent, certaines sont assez généralistes comme la SF-36, d'autres plus spécifiques au cancer comme la EORTC QLQ-C30. La QLQ-C30, mise au point en Europe par l'organisation européenne de recherche de traitement du cancer (EORTC), possède en plus d'un tronc commun des modules spécifiques pour chaque organe (notamment le côlon) mais ces modules n'ont pas été utilisés dans nos études (34). Ces échelles évaluent les différentes composantes de la santé définies par l'OMS ainsi que des signes cliniques comme par exemple la fatigue, les nausées ou la douleur par la QLQ-C30. Le médecin effectuant le suivi, qu'il soit généraliste ou spécialiste, ne peut impacter l'ensemble de ces dimensions, et il semble donc très difficile de mettre en évidence une différence statistiquement significative sur le score global de ces échelles.

On pourrait cependant envisager des études mesurant l'anxiété avant et après chaque consultation par différents médecins.

En effet, l'anxiété est très fréquente chez les patients après traitement du cancer (35). Afin de limiter l'intensité et/ou la fréquence de ce symptômes, il pourrait être judicieux de rechercher s'il existe un impact de la consultation de suivi et du médecin qui la réalise sur l'anxiété.

Qu'en pensent les patients ?

L'une des questions soulevées par cette revue de littérature est l'acceptabilité par les patients d'un suivi de leur cancer hors milieu hospitalier ou spécialisé. En effet, chez Grunfeld seules 55 % des patientes qui se sont vu proposées de participer à l'étude ont accepté, et 60 % chez Wattchow (18,19).

De nombreuses études se sont penchées sur les représentations des patients, et leur adhérence ou réticence à un suivi hors du milieu hospitalier dans lequel leur prise en charge initiale s'est faite.

De l'étude de Chopra il ressort une crainte des patients du manque de connaissance des médecins généralistes (36).

Mayer a questionné des patientes lors de leur suivi après un cancer du sein : il est retrouvé une préférence pour un suivi en oncologie avec moins de stress par rapport au cancer et à la visite médicale. Cependant les patientes expriment également leur confiance vis-à-vis de leur médecin généraliste (37).

Chez Sisler, une majorité de patients atteints de cancers colorectaux est satisfaite du transfert de suivi vers le médecin généraliste, et 71 % d'entre eux s'estiment bien

préparés à ce transfert (38). Chez Weaver au contraire, la qualité des soins dispensés par un médecin généraliste est perçue comme inférieure à celle dispensée par un oncologue par un panel de patients californiens suivis pour des cancers du sein, de la prostate, du côlon ou du rectum et des cancers gynécologies OR 0.34 IC 95 % [0.13 à 0.91] (39). Enfin lors de focus groupes, des patientes suivies pour un cancer du sein ont montré un fort attachement à l'équipe hospitalière qui les a prises en charge initialement, des inquiétudes quant aux compétences des médecins généralistes pour assurer le suivi d'une maladie aussi grave que le cancer, une perte de confiance envers leur médecin généraliste quand elles ont eu la sensation d'un retard de diagnostic. Certaines cependant évoquent la volonté d'être suivi par leur médecin traitant pour en finir avec l'hôpital et avoir la sensation que la maladie est derrière elles (40).

Toutes ces informations contradictoires soulignent l'importance de réaliser un travail d'information et d'éducation des patients avant d'envisager un transfert dans de bonnes conditions, car sans y être opposés, ils n'y sont pas a priori favorables.

Et qu'en pensent les médecins ?

Pour les médecins, la question se pose aussi : les médecins généralistes ont-ils les moyens de prendre en charge le suivi des patients ? Les spécialistes sont-ils prêts à déléguer le suivi de leurs patients bien portants ?

La revue narrative de la littérature internationale réalisée par Emery apporte les précisions suivantes : « les médecins généralistes sont assez partagés quant à leur envie de suivre les patients atteints de cancer, mais l'on peut améliorer la confiance des patients et des médecins généralistes en leur capacité à effectuer ce suivi en établissant des protocoles de suivi précis et en améliorant la communication et la collaboration entre les différents acteurs de soins » (41).

Du point de vue des spécialistes, les inquiétudes sont nombreuses comme le montrent les discussions qui suivirent la publication des articles de Grunfeld en 1996 et 2006. Elles portent en premier lieu sur les compétences des médecins généralistes à prendre en charge ces patients. Ces doutes sont surmontés par la mise en place de formations spécifiques pour les généralistes. D'autres inquiétudes tiennent à la nature du métier d'oncologue : en voyant moins de patients, la technicité des oncologues ne risque-t-elle pas diminuer (42) ? En enlevant une grande proportion de patients en « bonne santé », ne risque-t-on pas de voir augmenter le nombre de burn-out chez les médecins spécialistes (43) ? Remarquons que lors d'études récemment menées aux Etats-Unis, si le taux de médecins oncologue présentant des symptômes de burn-out avoisine les 45 %, il en est de même chez les médecins généralistes (44,45)

Le médecin traitant, bien souvent médecin généraliste, est au cœur du système de soins français. La collaboration avec les médecins spécialistes du cancer pourrait se

renforcer en l'incluant systématiquement dans les protocoles de suivi des patients au moyen de consultations programmées, dédiées à la surveillance et à la prise en charge de la maladie cancéreuse, comme cela se fait déjà en pratique entre oncologue ou spécialiste d'organe, radiothérapeute et chirurgien. Lors d'une étude réalisée en 2004, les médecins généralistes de Bretagne n'étaient que 28 % à réaliser des consultations de suivi programmées de leurs patients atteints de cancer (46).

Renforcer la formation, initiale et continue, des médecins généralistes sur les multiples thématiques soulevées par un patient atteint de cancer permettrait de conforter les médecins généralistes dans leur exercice et de rassurer les patients quant aux capacités de leur médecin traitant à les prendre et en charge dans les meilleures conditions.

Thèse soutenue par : BOURLIER Pierre-Vincent

Titre : Suivi au long cours de patients atteints de cancer du sein, de cancer colorectal ou de cancer de la prostate par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste : une revue systématique de la littérature

Conclusion

Cette revue de la littérature apporte des arguments supplémentaires à une meilleure intégration des médecins généralistes dans le suivi des patients atteints de cancers mammaires et colorectaux, voire à un suivi exclusivement réalisé par eux. En ce sens elle confirme les données des précédentes études internationales.

En effet, nous ne retrouvons pas de différence en termes de qualité de vie, anxiété, dépression, satisfaction des patients et morbi-mortalité. Nous n'avons pas mis en évidence de différence dans le nombre de récidives ni dans les délais nécessaires à leur diagnostic.

Les consultations de médecine générale seraient aussi plus propices à l'évocation d'autres sujets liés à la maladie et à son suivi comme l'activité physique.

Enfin le coût du suivi d'un patient atteint de cancer en médecine générale est de 15 à 20 % inférieur au coût du suivi par un médecin spécialiste.

Néanmoins toutes ces données sont issues d'études réalisées hors de France, et la question de l'extrapolation dans notre système de soin, particulier de par le rôle central du médecin généraliste et de par le financement des dépenses de santé par la sécurité sociale, se pose.

Nous notons aussi l'absence totale de données cliniques concernant le cancer de la prostate.

Ainsi, s'il semble nécessaire de renforcer la collaboration entre médecins généralistes et médecins spécialises, il est tout aussi important d'expliquer cette démarche à nos patients.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 09/09/16

LE DOYEN

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

M. Le Professeur Jean-Paul ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

M. Le Professeur Patrick IMBERT

Bibliographie

1. Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 10 août 2016]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers

2. Prévalence partielle nationale des cancers [Internet]. [cité 19 août 2016]. Disponible sur: http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/Prevalence/Prevalence-partielle-nationale-des-cancers

3. Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F, et al. Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 1 mars 2013;31(7):961-5.

4. Meyerhardt JA, Mangu PB, Flynn PJ, Korde L, Loprinzi CL, Minsky BD, et al. Follow-Up Care, Surveillance Protocol, and Secondary Prevention Measures for Survivors of Colorectal Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement. J Clin Oncol. 10 déc 2013;31(35):4465-70.

5. Resnick MJ, Lacchetti C, Bergman J, Hauke RJ, Hoffman KE, Kungel TM, et al. Prostate Cancer Survivorship Care Guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement. J Clin Oncol. 20 mars 2015;33(9):1078-85.

6. Has - prostate - 2012 [Internet]. [cité 26 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30_guide__prostate_web.pdf

7. Has - CCR - 2012 [Internet]. [cité 26 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30__guide_ccr_web.pdf

8. Has - sein - 2010 [Internet]. [cité 26 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf

9. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestaiux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002 [cité 19 août 2016]; Disponible sur: http://dmgp13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf

10. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. [cité 10 août 2016]. Disponible sur: http://handbook.cochrane.org/

11. Long term follow up of patients with breast cancer, colorectal cancer and prostate cancer by general practitioners or by specialists: a systematic review [Internet]. [cité 10 août 2016]. Disponible sur: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016035524

12. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. BMJ. 2 janv 2015;349:g7647.

13. 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. 1 juill 2009;59(564):e234-47.

14. Murphy CC, Bartholomew LK, Carpentier MY, Bluethmann SM, Vernon SW. Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. Breast Cancer Res Treat. juill 2012;134(2):459-78.

15. Montgomery DA, Krupa K, Cooke TG. Alternative methods of follow up in breast cancer: a systematic review of the literature. Br J Cancer. 4 juin 2007;96(11):1625-32.

16. Meregaglia M, Cairns J. Economic evaluations of follow-up strategies for cancer survivors: a systematic review and quality appraisal of the literature. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2 nov 2015;15(6):913-29.

17. Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Cole D, Stewart J, et al. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. BMJ. 14 sept 1996;313(7058):665-9.

18. 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. 20 févr 2006;24(6):848-55.

19. Wattchow DA, Weller DP, Esterman A, Pilotto LS, McGorm K, Hammett Z, et al. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. Br J Cancer. 24 avr 2006;94(8):1116-21.

20. Augestad KM, Norum J, Dehof S, Aspevik R, Ringberg U, Nestvold T, et al. Cost-effectiveness and quality of life in surgeon versus general practitioner-organised colon cancer surveillance: a randomised controlled trial. BMJ Open [Internet]. 4 avr 2013 [cité 18 févr 2016];3(4). Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3641467/

21. Etim AE-EP, Schellhase KG, Sparapani R, Nattinger AB. Effect of model of care delivery on mammography use among elderly breast cancer survivors. Breast Cancer Res Treat. avr 2006;96(3):293-9.

22. Maly RC, Liu Y, Diamant AL, Thind A. The impact of primary care physicians on follow-up care of underserved breast cancer survivors. J Am Board Fam Med. 2013;26(6):628–636.

23. Keating NL, Landrum MB, Guadagnoli E, Winer EP, Ayanian JZ. Surveillance Testing Among Survivors of Early-Stage Breast Cancer. J Clin Oncol. 20 mars 2007;25(9):1074-81.

24. Haggstrom DA, Arora NK, Helft P, Clayman ML, Oakley-Girvan I. Follow-up Care Delivery Among Colorectal Cancer Survivors Most Often Seen by Primary and Subspecialty Care Physicians. J Gen Intern Med. nov 2009;24(S2):472-9.

25. Pearce AM, Ryan F, Drummond FJ, Thomas AA, Timmons A, Sharp L. Comparing the costs of three prostate cancer follow-up strategies: a cost minimisation analysis. Support Care Cancer. févr 2016;24(2):879-86.

26. NICE - Prostate - 2014 [Internet]. [cité 26 mai 2016]. Disponible sur: https://www.nice.org.uk/guidance/cg175/resources/prostate-cancer-diagnosis-and-management-35109753913285

27. Parker C, Gillessen S, Heidenreich A, Horwich A. Cancer of the prostate: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. sept 2015;26(suppl 5):v69-77.

28. Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(8):CD008465.

29. Ibrahim EM, Al-Homaidh A. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. Med Oncol. 22 avr 2010;28(3):753-65.

30. Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity, risk of death and recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. Acta Oncol Stockh Swed. mai 2015;54(5):635-54.

31. Tendances de la survie à 1, 5 et 10 ans pour les personnes diagnostiquées entre 1989 et 2010 par localisation [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/survie/Tendances-de-la-survie-a-1-5-et-10-ans-pour-les-personnes-diagnostiquees-entre-1989-et-2010-par-localisation

32. Les 17 objectifs du Plan - Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 31 août 2016]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Les-17-objectifs-du-Plan

33. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1982. nov 1995;41(10):1403-9.

34. Rotonda C. Qualité de vie et fatigue en cancérologie: cancer colorectal et cancer du sein [Internet]. Nancy 1; 2011 [cité 31 août 2016]. Disponible sur: http://www.theses.fr/2011NAN10013

35. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol. juill 2013;14(8):721-32.

36. Chopra I, Chopra A. Follow-up care for breast cancer survivors: improving patient outcomes. Patient Relat Outcome Meas. 2014;5:71-85.

37. Mayer EL, Gropper AB, Neville BA, Partridge AH, Cameron DB, Winer EP, et al. Breast Cancer Survivors' Perceptions of Survivorship Care Options. J Clin Oncol. 10 janv 2012;30(2):158-63.

38. Sisler JJ, Taylor-Brown J, Nugent Z, Bell D, Khawaja M, Czaykowski P, et al. Continuity of care of colorectal cancer survivors at the end of treatment: the oncology–primary care interface. J Cancer Surviv. déc 2012;6(4):468-75.

39. Weaver KE, Aziz NM, Arora NK, Forsythe LP, Hamilton AS, Oakley-Girvan I, et al. Follow-up care experiences and perceived quality of care among long-term survivors of breast, prostate, colorectal, and gynecologic cancers. J Oncol Pract. 2014;10(4):e231–e239.

40. McCarthy T, Mullen L, Murphy H, Carey D, Laffoy M. Long-term follow-up of women with breast cancer: rationale for policy change. Ir J Med Sci 1971 -. déc 2015;184(4):855-62.

41. 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. 19 nov 2013;11(1):38-48.

42. Rodger A. Routine follow up of breast cancer in primary care. BMJ. 12 avr 1997;314(7087):1129-30.

43. Khatcheressian JL, Smith TJ. Randomized Trial of Long-Term Follow-Up for Early-Stage Breast Cancer: A Comparison of Family Physician Versus Specialist Care. J Clin Oncol. 20 févr 2006;24(6):835-7.

44. Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, Satele D, Chew H, Horn L, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 1 mars 2014;32(7):678-86.

45. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. BUrnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general us population. Arch Intern Med. 8 oct 2012;172(18):1377-85.

46. Prise_en_charge_du_patient_cancereux_-_Janvier_2004.pdf [Internet]. [cité 4 sept 2016]. Disponible sur: http://urpsmla.org/IMG/pdf/Prise_en_charge_du_patient_cancereux_-_Janvier_2004.pdf

Annexes

Annexe n°1 : Protocole de recherche PROSPERO

UNIVERSITY of York
Centre for Reviews and Dissemination

NHS
National Institute for Health Research

PROSPERO International prospective register of systematic reviews

Review title and timescale

1 Review title
Give the working title of the review. This must be in English. Ideally it should state succinctly the interventions or exposures being reviewed and the associated health or social problem being addressed in the review.
Long term follow up of patients with breast cancer, colorectal cancer and prostate cancer by general practitioners or by specialists: a systematic review

2 Original language title
For reviews in languages other than English, this field should be used to enter the title in the language of the review. This will be displayed together with the English language title.
Suivi au long cours des patients atteints d'un cancer du sein, cancer colo-rectal et cancer de la prostate, par les médecins généralistes comparé aux spécialistes : une revue systématique de la littérature

3 Anticipated or actual start date
Give the date when the systematic review commenced, or is expected to commence.
10/12/2015

4 Anticipated completion date
Give the date by which the review is expected to be completed.
29/07/2016

5 Stage of review at time of this submission
Indicate the stage of progress of the review by ticking the relevant boxes. Reviews that have progressed beyond the point of completing data extraction at the time of initial registration are not eligible for inclusion in PROSPERO. This field should be updated when any amendments are made to a published record.

The review has not yet started ×

Review stage	Started	Completed
Preliminary searches	Yes	Yes
Piloting of the study selection process	Yes	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	Yes	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

Provide any other relevant information about the stage of the review here.

Review team details

6 Named contact
The named contact acts as the guarantor for the accuracy of the information presented in the register record.
Miss Daroczy

7 Named contact email
Enter the electronic mail address of the named contact.
virag.daroczy@gmail.com

8 Named contact address
Enter the full postal address for the named contact.
5 rue de la ferme de Belleville 91190 Gif sur Yvette

9 Named contact phone number
Enter the telephone number for the named contact, including international dialing code.
0660132307

10 Organisational affiliation of the review

Full title of the organisational affiliations for this review, and website address if available. This field may be completed as 'None' if the review is not affiliated to any organisation.
Collège de la médecine générale 20 rue de l'hôtel de ville 92200 Neuilly sur Seine France

Website address:
www.lecmg.fr

11 Review team members and their organisational affiliations
Give the title, first name and last name of all members of the team working directly on the review. Give the organisational affiliations of each member of the review team.

Title	First name	Last name	Affiliation
Miss	Virag	Daroczy	Université Grenoble Alpes
Professor	Jean-Pierre	Jacquet	Université Grenoble Alpes
Mr	Pierre Vincent	Bourlier	Université Grenoble Alpes
Dr	Pierre	Gillois	Université Grenoble Alpes
Dr	Jean-Baptiste	Kern	Université Grenoble Alpes

12 Funding sources/sponsors
Give details of the individuals, organizations, groups or other legal entities who take responsibility for initiating, managing, sponsoring and/or financing the review. Any unique identification numbers assigned to the review by the individuals or bodies listed should be included.
Collège de la médecine générale

13 Conflicts of interest
List any conditions that could lead to actual or perceived undue influence on judgements concerning the main topic investigated in the review.
Are there any actual or potential conflicts of interest?
None known

14 Collaborators
Give the name, affiliation and role of any individuals or organisations who are working on the review but who are not listed as review team members.

Title	First name	Last name	Organisation details

Review methods

15 Review question(s)
State the question(s) to be addressed / review objectives. Please complete a separate box for each question.
Is there a difference in the long term follow up of patients with breast cancer, colorectal cancer and prostate cancer by general practitioners or specialists, in regard to morbidity and mortality?

Is there a difference in the long term follow up of patients with breast cancer, colorectal cancer and prostate cancer by general practitioners or specialists, in regard to the quality of life?

Is there a difference in the long term follow up of patients with breast cancer, colorectal cancer and prostate cancer by general practitioners or specialists, in regard to cost-effectiveness?

16 Searches
Give details of the sources to be searched, and any restrictions (e.g. language or publication period). The full search strategy is not required, but may be supplied as a link or attachment.
1. Databases: - MEDLINE by Pubmed - EMBASE - Cochrane Library - BDSP (www.bdsp.ehesp.fr) - Grey Litterature
2. Websites: - HAS (www.has-sante.fr) - NICE (www.nice.org.uk) - SIGN (www.sign.ac.uk) - NARCIS (www.narcis.nl) - CANADA (www.cancer.ca) - AUSTRALIA (http://guidelines.canceraustralia.gov.au) Keywords for MEDLINE and Cochrane library : We will apply for every cancer, a search by MeSH terms and a search by non-MeSH keywords. Example for breast cancer : 1/ MeSH terms : ((((((((((((("Family medicine"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR primary health care[MeSH Terms]) OR ambulatory care[MeSH Terms]) OR continuity of patient care[MeSH Terms]) OR

continuity of care[MeSH Terms]) OR aftercare[MeSH Terms]) OR Delivery of health care[MeSH Terms]) OR physicians[MeSH Terms]) AND survivor[MeSH Terms]) AND breast neoplasms[MeSH Terms] 2/ Non-MeSH Keywords : ((((((((((((((((((((((((((((((("long term") AND "follow up") AND "surveillance") AND "breast cancer") OR "breast neoplasm") OR "breast neoplasms") OR "breast carcinoma") OR "breast adenocarcinoma") OR "breast tumor") OR "mammary cancer") OR "mammary neoplasm") OR "mammary neoplasms") OR "mammary carcinoma") OR "mammary adenocarcinoma") OR "mammary tumor") AND "general practice") OR "general practitionner") OR "general physician") OR "family medicine") OR "family practice") OR "ambulatory care") OR "primary care") OR "delivery of health care") OR "health care") OR aftercare) OR "continuity of patient care") OR outpatient) AND survivor) 3/ MeSH terms and non-MeSH keywords : ((((((((((("breast cancer") OR "breast neoplasm") OR "breast neoplasms") OR "breast carcinoma") OR "breast adenocarcinoma") OR "breast tumor") OR "mammary cancer") OR "mammary neoplasm") OR "mammary neoplasms") OR "mammary carcinoma") OR "mammary adenocarcinoma") OR "mammary tumor") AND ((((((((((("Family medicine"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR primary health care[MeSH Terms]) OR ambulatory care[MeSH Terms]) OR continuity of patient care[MeSH Terms]) OR continuity of care[MeSH Terms]) OR aftercare[MeSH Terms]) OR Delivery of health care[MeSH Terms]) OR physicians[MeSH Terms]) AND survivor[MeSH Terms]) We will use the same keywords for colorectal and prostatic cancer changing the MeSH term "breast neoplasms[MeSH Terms]" to either "colorectal neoplasms[MeSH Terms]" or "prostatic neoplasms[MeSH Terms]". We will adapt these keywords to the other databases and other sources.

17 URL to search strategy

If you have one, give the link to your search strategy here. Alternatively you can e-mail this to PROSPERO and we will store and link to it.

I give permission for this file to be made publicly available
Yes

18 Condition or domain being studied

Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied. This could include health and wellbeing outcomes.
Lifetime has increased for patients with breast cancer, colorectal cancer and prostatic cancer. These patients can develop acute and chronic diseases in the same way as the rest of the population without cancer. They are followed either by specialists or generalists or both. There is no clear justification in the guidelines of the role of these differents physicians.

19 Participants/population

Give summary criteria for the participants or populations being studied by the review. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.
Inclusion criteria : All patients having been diagnosed with breast cancer, or colorectal cancer or prostate cancer. Patients receiving no treatment for cancer whatever or recieving hormonal treatment for breast or prostate cancer.
Exclusion criteria: Patients who are receiving treatment requiring frequent or routine hospital visits (Surgery, radiotherapy, chimiotherapy).

20 Intervention(s), exposure(s)

Give full and clear descriptions of the nature of the interventions or the exposures to be reviewed
All medical consultations done by: - general practioners on the one hand - the most frequently encountered specialists in the treatment of these cancers : surgeons, gynecologist for breast cancer, urologists for prostatic cancer, gastro-enterologists for colorectal cancer, radiotherapists, oncologists and radiologists, on the other hand

21 Comparator(s)/control

Where relevant, give details of the alternatives against which the main subject/topic of the review will be compared (e.g. another intervention or a non-exposed control group).
Consultations made by general practitioners and those made by specialists

22 Types of study to be included initially

Give details of the study designs to be included in the review. If there are no restrictions on the types of study design eligible for inclusion, this should be stated.
randomised controlled trial (grade A and B) cohort studies systematic reviews without or with meta-analysis

23 Context

Give summary details of the setting and other relevant characteristics which help define the inclusion or exclusion

criteria.
The "collège de la médecine générale (le cmg)", the French organisation of general practitioners is recognised as the referent organisation by the "Institut National du Cancer"(INCa) to provide data concerning cancer in primary care. Data is lacking concerning the follow up of patients with cancer and of the potential diseases they could develop. The hypothesis is that the most appropriate physian to do this follow up is the general practitioner, To verify this hypothesis we will study on two levels: 1. The patients: A comparison of the population followed by a general practitioner to those followed by the specialists in terms of morbi-mortality and quality of life. 2. The health care system which define the general practitioner as "preferred doctor": A comparison of the cost-effectiveness of the follow up done by the general practitioners or by the specialists.

24 Primary outcome(s)
Give the most important outcomes.
morbidity and mortality

Give information on timing and effect measures, as appropriate.

25 Secondary outcomes
List any additional outcomes that will be addressed. If there are no secondary outcomes enter None.
quality of life cost-effectiveness

Give information on timing and effect measures, as appropriate.

26 Data extraction, (selection and coding)
Give the procedure for selecting studies for the review and extracting data, including the number of researchers involved and how discrepancies will be resolved. List the data to be extracted.
The study selection will be performed in two stages, by two investigators separately: - First, on the titles and abstracts to assess the relevance of the article, - Then on the full texts to assess the quality of the article. A standardised, pre-piloted form of a data collection spreadsheet tested on two articles will be used to extract data from the included studies for the assessment of study quality and evidence synthesis. Data extraction will be performed by two investigators separately. Discrepancies will be discussed to reach final agreement. If there is persistent disagreement, the opinion of the other investigators will be sought. If necessary, authors of primary studies will be contacted to provide missing or additional data.

27 Risk of bias (quality) assessment
State whether and how risk of bias will be assessed, how the quality of individual studies will be assessed, and whether and how this will influence the planned synthesis.
The quality of the study and the risk of bias will be determined according to the "risk of bias tool " developed by the Cochrane Collaboration for randomized studies. The potential for bias will be divided into "high risk", "low risk" and "uncertain risk." For non- randomized studies , we will use the "Downs and Black" checklist. Missing information will be collected from the authors.

28 Strategy for data synthesis
Give the planned general approach to be used, for example whether the data to be used will be aggregate or at the level of individual participants, and whether a quantitative or narrative (descriptive) synthesis is planned. Where appropriate a brief outline of analytic approach should be given.
We will provide a narrative synthesis of the results extracted from the included studies using the data synthesis spreadsheet.

29 Analysis of subgroups or subsets
Give any planned exploration of subgroups or subsets within the review. 'None planned' is a valid response if no subgroup analyses are planned.
none planned

Review general information

30 Type of review
Select the type of review from the drop down list.
Epidemiologic

31 Language

Select the language(s) in which the review is being written and will be made available, from the drop down list. Use the control key to select more than one language.
English, French

Will a summary/abstract be made available in English?
Yes

32 Country
Select the country in which the review is being carried out from the drop down list. For multi-national collaborations select all the countries involved. Use the control key to select more than one country.
France

33 Other registration details
Give the name of any organisation where the systematic review title or protocol is registered together with any unique identification number assigned. If extracted data will be stored and made available through a repository such as the Systematic Review Data Repository (SRDR), details and a link should be included here.

34 Reference and/or URL for published protocol
Give the citation for the published protocol, if there is one.
Give the link to the published protocol, if there is one. This may be to an external site or to a protocol deposited with CRD in pdf format.

I give permission for this file to be made publicly available
Yes

35 Dissemination plans
Give brief details of plans for communicating essential messages from the review to the appropriate audiences.
Do you intend to publish the review on completion?
Yes

36 Keywords
Give words or phrases that best describe the review. (One word per box, create a new box for each term)
follow up study

breast neoplasms

colorectal neoplasms

prostatic neoplasms

general practitioner

specialists

morbidity and mortality

quality of life

cost effectiveness

continuity of patient care

comparative study

37 Details of any existing review of the same topic by the same authors
Give details of earlier versions of the systematic review if an update of an existing review is being registered, including full bibliographic reference if possible.

38 Current review status
Review status should be updated when the review is completed and when it is published.
Ongoing

39 Any additional information
Provide any further information the review team consider relevant to the registration of the review.

40 Details of final report/publication(s)
This field should be left empty until details of the completed review are available.
Give the full citation for the final report or publication of the systematic review.
Give the URL where available.

Annexe n°2 : Équations de recherche

Base de donnée Medline, cancer du sein

((((((((((((((((((((((((((("long term") AND "follow up") OR surveillance) AND "breast cancer") OR "breast neoplasm") OR "breast neoplasms") OR "breast carcinoma") OR "breast adenocarcinoma") OR "breast tumor") OR "mammary cancer") OR "mammary neoplasm") OR "mammary neoplasms") OR "mammary carcinoma") OR "mammary adenocarcinoma") OR "mammary tumor") AND "general practice") OR "general practitionner") OR "general physician") OR "family medicine") OR "family practice") OR "ambulatory care") OR "primary care") OR "delivery of health care") OR "health care") OR aftercare) OR "continuity of patient care") OR outpatient) AND survivor))) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR systematic[sb] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Clinical Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND ("2006/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh])))) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR systematic[sb] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Clinical Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND ("2006/01/01"[PDat] : "2016/03/01"[PDat]) AND Humans[Mesh])))) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR systematic[sb] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Clinical Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND ("2006/01/01"[PDat] : "2016/03/01"[PDat]) AND Humans[Mesh]))

Base de donnée The Cochrane Library, cancer du côlon

#1 MeSH descriptor: [Family Practice] explode all trees

#2 MeSH descriptor: [General Practice] explode all trees

#3 MeSH descriptor: [General Practitioners] explode all trees

#4 MeSH descriptor: [Physicians, Family] explode all trees

#5 MeSH descriptor: [Physicians, Primary Care] explode all trees

#6 MeSH descriptor: [Physicians] explode all trees

#7 MeSH descriptor: [Outpatients] this term only

#8 MeSH descriptor: [Aftercare] explode all trees

#9 MeSH descriptor: [Ambulatory Care] explode all trees

#10 MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees

#11 MeSH descriptor: [Continuity of Patient Care] explode all trees

#12 MeSH descriptor: [Delivery of Health Care] explode all trees

#13 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 Publication Year from 2006 (Word variations have been searched)

#14 MeSH descriptor: [Survivors] this term only

#15 follow up or long term or surveillance (Word variations have been searched)

#16 general physician or familly medicine or health care or primary care (Word variations have been searched)

#17 #13 or #16

#18 colorectal cancer or colorectal cancers or colorectal tumor or colorectal carcinoma or colorectal adenocarcinoma (Word variations have been searched)

#19 MeSH descriptor: [Colorectal Neoplasms] explode all trees

#20 #18 or #19

#21 #14 and #17 and #20 Publication Year from 2006

Annexe n°3 : Grille d'extraction des données des articles par ordre alphabétique

Article	Titre	Cost-effectiveness and quality of life in surgeon versus general practitioner-organised colon cancer surveillance : a randomised controlled trial
	Auteurs	Augestad and all
	Revue	British medical journal
	Type d'étude	Essai randomisé controlé
	Conflits	
Objectif principal	Qualité de vie (EORTC QLQ C-30 and EQ-5D)	
Objectif 2nd	Coût efficacité et délai du diagnostic	
Population	Lieu et date	Norvège
	Echantillon	110 patients : 55 groupe MG et 55 groupe chirurgiens
	Age et sexe	59.1 % d'hommes Age moyen : 65.4
	Critères d'inclusion	Patients porteur cancer colo rectal stade dukes A B ou C capables de donner un consentement éclairé, moins de 75 ans
	Critères d'exclusion	Patients de plus de 75 ans, stade Dukes D, incapables de signer le consentement
Méthode	Intervention	Suivi par MG
	Comparateur	Suivi hospitalier chirurgical
Outcome	Critère jugement principal	Qualité de vie : EORTC QLQ C30 / EQ-5D
	Critère jugement 2nd	Coût-efficacité / délai entre effet secondaire et diagnostic de récurrence
	Résultats	Pas de différence en termes de qualité de vie sur EORTC et EQ-5D à 12 et 24 mois en globalité. Avantage MG pour role functioning IC 95 % -5.1 [-9.7 à -0.5] p = 00.2 Emotional functioning IC 95 % -3.7 [-6.8 à -0.6] p = 00.1 Pain IC 95 % 4.5 [0.8 à 8.2] p = 0.01 Coût : 292£ par patient et par cycle chez MG vs 351£ p = 0.02 notamment par diminution des coûts de transport et consultations moins chères. Tendance à absence de différence pour la récidive mais effectifs petits et suivi court pour données solides.

Article	Titre	Effet of model of care delivery on mammography use among elderly breast cancer survivor
	Auteurs	Etim A et all
	Revue	Breast Cancer Reserch and Treatment
	Type d'étude	Analyse rétrospective sur une cohorte
	Conflits	Non précisés
Objectif principal	Montrer que les patientes avec un suivi partagé MG et spécialistes ont un meilleur taux de réalisation de mammographies que celles suivies par leur Mg ou spécialiste seul	
Population	Lieu et date	USA, patientes diagnostiquée en 1995, analyse couvrant la période 7-42 mois post diagnostic (donc post traitement)
	Echantillon	3828 patientes enregistrées dans la base MEDICARE SEER
	Age et sexe	Femmes de plus de 66 ans
	Critères d'inclusion	Femmes de plus de 66 ans, cancer du sein histologiquement prouvé, stade in situ I ou II
	Critères d'exclusion	Autre essai en cours, perte d'affiliation à MEDICARE dans les 42 mois suivants, autre cancer préalable, décès dans les 42 mois, pas de chirurgie (mastectomie ou chirurgie conservatrice), mastectomie bilatérale
Méthode	Intervention	Mesure du pourcentage de mammographie réalisée selon le schéma de suivi
	Comparateur	Recommandations : une mammographie annuelle
Outcome	Critère jugement principal	Meilleurs taux de réalisation d'une mammographie à 1, 2 et 3 ans chez les patientes suivies conjointement 84 % 81 % et 78.6 %
	Autres résultats	Peu de patientes suivies par MG seul (6.7 11.4 et 14.2 %) Moins de mammographies dans la classe d'âge 65-74 vs plus âgées
Notes	MG = généralistes + médecin de famille + médecine interne Spécialistes du cancer du sein = chirurgiens généraux, radiothérapeute, oncologue médical ou hématologue	

Article	Titre	Randomized control trial of long-term Follow-up for Early-Stage breast cancer : A comparison of family physician versus specialist care
	Auteurs	Grunefeld Eva and all
	Revue	Journal of clinical oncology
	Type d'étude	Essai randomisé contrôlé prospectif, avec étude des résultats en aveugle
	Conflits	Les auteurs déclarent ne pas en avoir
Objectif	Principal	Non infériorité du suivi par MG par le biais d'effets secondaires liées à une récurrence
	Secondaire	Qualité de vie (SF-36 et HADS)
Population	Lieu et date	Ontario Canada. Recrutement entre janvier 1997 et juin 2001, suivi jusqu'en juin 2003
	Echantillon	968 femmes avec cancer du sein non métastatique
	Age et sexe	Femmes âgées de 25 à 92 ans
	Critères d'inclusion	Avoir terminé la radiothérapie et/ou chimiothérapie depuis > 3 mois Ne pas être malade Entre 9 et 15 mois après le diagnostique
	Critères d'exclusion	Avoir des complication suite au traitement initial En incapacité de se conformer au protocole et remplir les questionnaires Participer à un autre essai Etre suivie en centre pour un autre cancer
Méthode	Intervention	Patientes randomisées dans deux groupes (MG vs centre anticancéreux) pour le suivi. Les médecins généralistes des patientes tirées au sort ont reçu un document d'une page de recommandations de suivi
	Comparateur	Fréquence des récurrences associées à des effets secondaires dans chaque groupe Score de qualité de vie tout au long du suivi
Outcome	Critère jugement principal	Pas de démonstration de la non infériorité 95 %IC [-2.26 à 2.65] quand la limite de non infériorité était fixée à priori -1.5% pour l'IC 95 % *(les auteurs mettent ce résultat en lien avec la prise en compte de l'indice de Karnofsky comme critère autonome. Le résultat devient concluant si on exclut ce facteur. La faible incidence des récurrences est l'autre raison avancée)*
	Critère jugement 2nd	Pas de différence entre les deux groupes tant sur la SF-36 que sur la HADS $p<0.05$

Article	Titre	Follow-up care delivery among colorectal cancer survivors most often senn by primary care physicians
	Auteurs	Haggstrom D and all
	Revue	Journal of general internal medicine
	Type d'étude	Cohorte rétrospective
	Conflits	Non précisés
Objectif principal	Déterminer le type de médecin suivant des survivants du cancer colorectal	
Objectif 2nd	*Et selon le type, déterminer* : - Contenu de visites - Caractéristiques des patients - Soins centrés sur le patient	
Population	Lieu et date	Nord de la Californie
	Echantillon	303 survivants du cancer colorectal suivi entre 2 et 5 ans post diagnostic (établit entre mai 99 et juin 2001)
	Age et sexe	Âge de l'échantillon imprécis, catégorisé de <50 ans jusqu'à > 75 ans Sexe : 51 % de femmes
	Critères d'inclusion	Non spécifiés
	Critères d'exclusion	Récidive Traitements actifs dans les 6 derniers mois Pas de consultation de suivi au cours des 12 derniers mois
Méthode	Intervention	N/A
	Comparateur	N/A
Outcome	Critère jugement principal	59 % oncologue médical / 16 % MG / 14 % gastroentérologue / 10 % chirurgien 40 % des patients voient au moins deux médecins
	Critère jugement 2nd	Caractéristiques : - Patients vus par MG : plutôt des petits stades 78% / plusieurs autres comorbidités 70% - Patients vus par spécialistes : répartition harmonieuse selon les stades Contenu des visites : - MG : plus de prévention, mode de vie alimentation et exercice, plus d'examen physiques - Spécialistes : plus de test de suivi Qualité ressentie des soins centrés sur le patient : - Pas de différence entre les différents médecins au sujet de la communication du médecin, de la coordination des soins, des soins infirmiers et des relations avec le personnel administratif

Article	Titre	Surveillance testing among survivors of early-stage breast cancer
	Auteurs	Keating N and all
	Revue	Journal of clinical oncology 2007
	Type d'étude	Etude de cohorte rétrospective
	Conflits	Un auteur (Ayanian) est consultant pour une société pharmaceutique
Objectif principal	Evaluer la réalisation d'examens non recommandés (scanner, test biologique, RP et autres radios, imagerie abdominale) sur une période de 3 ans chez des patients à faible risque de récidive	
Objectif 2nd	Décrire les schémas de suivi et analyser les différences selon le médecin Evaluer les modifications dans le temps suite à la parution de nouvelles recommandations	
Population	Lieu et date	Etats-Unis (données du SEER et Medicare) entre 1992 et 1999
	Echantillon	44511 patientes
	Age et sexe	Femmes à partir de 65 ans
	Critères d'inclusion	Diagnostic de cancer stade I/II entre 1992 et 1999 Agées d'au moins 65 ans Adhérentes au Medicare (A ou B) au moment du diagnostic Traitement chirurgical initial
	Critères d'exclusion	Désinscription du Medicare Apparition d'un autre cancer ou récidive Décès
Méthode	Intervention	Analyse des données de suivi sur trois années : 7-18, 19-30 et 30-42 mois après le diagnostic
	Comparateur	Recommandations
Outcome	Critère jugement principal	Moins d'examens non recommandés (scanner, biologie, imagerie abdominale) chez les patientes suivies seulement par MG que par MG+spécialistes ou spécialistes seuls. Pas de différence pour la réalisation de radiographie thoracique
	Critère jugement 2nd	Diminution au cours de la décennie 1990 des examens non recommandés suite à la parution d'études et recommandations. Augmentation des mammographies.

Article	Titre	Follow-up of cancer in primary care versus secondary care
	Auteurs	Lewis RA, and all
	Revue	British Journal of General Practice
	Type d'étude	Revue systématique de littérature
	Conflits	Financé par Cancer Research UK
Objectif principal	Comparer l'efficacité du suivi réalisé par un MG ou par un médecin spécialiste	
Objectif 2nd	Recherche de données économiques	
Construction de la revue systématique	Lieu et date	Recherche du début des bases de données à février 2007
	Bases de données	Medline, Embase, CINAHL, Psychinfo, AMED, BIOSIS, Index to Scientific and Technical proceedings, Science Citation Index, Social Science Citation Index, The cochrane Library, Health Technology Assessment database, NHS Economic Evaluation Database, System for Iformation on Grey Literature, British Nursing Index, Health Management Information Consortium, National Resarch Register
	Sélection	Elaboration d'une équation de recherche pour chaque base de données, puis 2 auteurs effectuent la sélection des articles. L'extraction des données est faite par un auteur et revue par un second
	Critères d'inclusion	Patients traitées pour un cancer, suivi en médecine générale
	Critères d'exclusion	Etudes avec des patients traités par radiothérapie ou chimiothérapie, en cours de réhabilitation, ou soins palliatifs spécialisés
Outcome	Critère jugement principal	Suivi hospitalier vs en médecine générale : pas de différence en termes de récurrence ni d'altération de la qualité de vie chez patients suivis pour cancer du sein ou colorectal
	Critère jugement 2nd	Diminution des coûts en médecine générale

Article	Titre	The impact of Primary care physicians on follow-up care of underserved breast cancer survivors
	Auteurs	Maly R and all
	Revue	The Journal of the American Board of Family Medicine
	Type d'étude	Suivi de cohorte
	Conflits	Aucun conflit déclaré
Objectif principal	Mesurer le taux de réalisation de mammographie coloscopie et frottis cervico-vaginal (FCV) à 3 ans	
Objectif 2nd	Rechercher les facteurs associés à la réalisation de soins appropriés (= mammographie / FCV / coloscopie) chez des femmes ayant un cancer du sein appartenant à des milieux défavorisés	
Population	Lieu et date	Californie entre 2003 et 2005
	Echantillon	579 femmes, dont 371 > 50 ans
	Age et sexe	Femmes âgées de plus de 18 ans
	Critères d'inclusion	Cancer du sein stade 0 à III Répondre à tous les questionnaires (6, 18 et 36 mois) Avoir vu un médecin au cours de la dernière année
	Critères d'exclusion	Non indiqués.
Méthode	Intervention	Suivi par médecin généraliste Suivi par médecin généraliste et spécialiste
	Comparateur	Suivi par spé
Outcome	Critère jugement principal	75.8 % patientes suivi conjoint, 17.3 % spécialiste seul, 7 % généraliste seul Patientes suivies par généraliste et spécialiste font plus de mammographies 83 % que dans les autres conditions, plus de frottis (mais non significatif) 80.9 %, et moins de coloscopie 52.3 % que dans la condition généraliste seul 63.3 % mais plus que dans la condition spécialiste seul 27.6 %
	Critère jugement 2nd	Suivi conjoint : plus de coloscopie mammographie et frottis Généraliste seul : plus de coloscopie et FCV Patientes sous traitement hormonal : plus de mammographie et coloscopie Latinas : plus de frottis Facilité d'accès aux soins : plus de coloscopie Patientes âgées > 50 ans : moins de frottis

Article	Titre	Economic evaluations of follow-up strategies for cancer survivors : a systematic review and quality appraisal of the literature
	Auteurs	Meregaglia & Cairns
	Revue	Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research
	Type d'étude	Revue systématique
	Conflits	Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt
Objectif principal	Recherche et analyse des données économiques et cliniques dans le suivi des patients adultes atteints de cancer	
Objectif 2nd	Analyse de la qualité des données (selon la méthode CHEERS)	
Construction de la revue systématique	Lieu et date	De 2000 à 2014
	Base de données	PubMed, EMBASE, The Cochrane Library
	Sélection	Sur titre et résumé par auteure principale en coopération avec auteur sénior. Discussion en cas de désaccord
	Critères d'inclusion	Toute langue Evaluation économique d'une ou plusieurs stratégies de suivi après n'importe quel cancer, associée à des données cliniques
	Critères d'exclusion	Cancers pédiatriques Suivi de lésions pré cancéreuses Suivi de populations à haut risque Etudes ne rapportant pas de données économiques et cliniques
Outcome	Critère jugement principal	Diminution des coûts lors du suivi en médecine générale, lorsque les schémas de suivi sont adaptés aux risques de récidive des patients Diminution des coûts si suivi moins intensif versus intensif, sans altération de la qualité de vie ni majoration des récidives
	Critère jugement 2nd	19 ont un score de qualité > 75 %, 17 entre 50 % et 75 % et 3 < 50 %. Score moyen de 74 %

Article	Titre	Alternative methods of follow-up in breast cancer : a systematic review of the literature
	Auteurs	Montgomery DA and al
	Revue	British Journal of Cancer
	Type d'étude	Revue systématique de littérature
	Conflits	Pas de conflits déclarés
Objectif principal	Identifier les méthodes de suivi alternatifs testés dans des essais cliniques randomisés	
Objectif 2nd	Recherches de preuves pour une durée et un calendrier de suivi type	
Construction de la revue systématique	Lieu et date	Recherche de 1966 à 2006 ou 2007 ?
	Bases de données	Medline, Embase, CancerLit, Web of Science, EBM reviews Recherche dans les bibliographies des articles sélectionnés
	Sélection	Elaboration d'une équation de recherche pour chaque base de données, puis 2 auteurs effectuent la recherche sur titres, puis sur chaque abstract avant sélection de l'article complet
	Critères d'inclusion	Patients traitées pour un cancer mammaire opérable, non métastatiques au moment du traitement initial Essai randomisé contrôlé comparant suivi classique avec mammographie versus autre suivi, ou comparaison de rythmes de suivis ou de durées
	Critères d'exclusion	Non spécifiés
Outcome	Critère jugement principal	Suivi hospitalier vs en médecine générale : pas de différence en termes de récurrence ni d'altération de la qualité de vie Suivi hospitalier vs consultations à la demande du patient Suivi hospitalier vs soins coordonnées par infirmière
	Critère jugement 2nd	Pas de résultats permettant de conclure

Article	Titre	Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice : a systematic review
	Auteurs	Murphy C and all
	Revue	Breast Cancer Research Treatment
	Type d'étude	Revue systématique
	Conflits	Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt
Objectif principal	Déterminer l'adhérence et la persistance au traitement hormonal adjuvant dans le cancer du sein	
Objectif 2nd	Identifier les facteurs associés à adhérence et persistance	
Construction de la revue systématique	Lieu et date	De 1998 à 2012
	Base de données	Medline, Psychinfo, CINAHL, SCOPUS (Elsevier)
	Sélection	Sur titre et résumé par auteur principal puis chaque co-auteur reprend 5 % au hasard. Les indécis sont revus par deux groupes de co-auteurs
	Critères d'inclusion	Langue anglaise Journal avec comité de lecture 1998 à 2012 Données issues d'une étude originale Patientes avec cancer du sein et traitement hormonal adjuvant après avoir terminé les autres traitements Mesure de l'adhérence et de la persistance
	Critères d'exclusion	Population masculine Carcinome in situ / maladie métastatique Etude de l'adhérence et persistance après changement de molécule Absence de certitude diagnostique de cancer du sein
Outcome	Critère jugement principal	Adhérence : 41-88 % tamoxifene 50-91 % anti aromatases Discontinuation : tamoxifene : 15-20 % year1 to 31-60 % year5 Anti aromatase : 5-25 % first 2 years
	Critère jugement 2nd	Facteurs associés négatifs significatifs : CYPD26 et changement de molécule Autres effets négatifs sur l'adhérence : âges extrêmes / augmentation du coût / suivi par un MG / effets secondaires Effets positifs : avoir un traitement conséquent au préalable / suivi par un oncologue / diagnostic précoce **Certaines études ne retrouvent pas cet effet pour ces variables**

Article	Titre	Comparison of the cost of three prostate cancer follow-up strategies : a cost minimisation analysis
	Auteurs	Pearce A et all
	Revue	Support care Cancer, 2016
	Type d'étude	Simulation mathématique
	Conflits	Pas de conflits d'intérêt déclarés. Support financier institutionnel
Objectif principal	Construire un modèle économique pour comparer trois prises en charge du cancer de prostate : selon les recommandations de l'Association Européenne d'Urologie (EAU), celles de The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) et la pratique courante en Irlande	
Population	Lieu et date	Irlande, étude basée sur l'incidence du cancer en 2009 et sur les coûts de l'année 2013
	Echantillon	Standardisé de 1000 patients « fictifs » auxquels sont appliqués les données épidémiologiques de la pop irlandaise
	Age et sexe	Hommes de 66 ans (*car augmentation de l'incidence après 65 ans, et prise en compte d'une année de traitement)*
	Critères d'inclusion	N/A
	Critères d'exclusion	N/A
Méthode	Intervention	Suivi selon les recommandations du NICE en 2014 *(suivi hospitalier 2 ans puis délégation généraliste)* Suivi selon les recommandations de l'EAU en 2014 *(suivi hospitalier)*
	Comparateur	Pratique médicale courante *(estimée sur les données de Timmons 2014 non fournies)*
Outcome	Critère jugement principal	EAU : 92 % du coût de la pratique courante NICE : 74 % du coût de la pratique courante

Article	Titre	General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer : randomised controlled trial
	Auteurs	Wattchow and all
	Revue	British journal of Cancer
	Type d'étude	Essai randomisé contrôlé
	Conflits	Support institutionnel
Objectif principal	Déterminer l'impact d'un suivi par spécialiste ou par médecin généraliste sur la qualité de vie, le bien être psychologique et la satisfaction vis-à-vis des soins (SF-12, HADS , PSVQ)	
Objectif 2nd	Collecter des données sur les récurrences et les décès et les examens complémentaires réalisés (biologie, recherche de saignement occulte, coloscopie et imageries)	
Population	Lieu et date	Australie, Mars 1998 à Avril 2003
	Echantillon	203 patients atteints de cancer colorectal, 97 dans le bras généraliste et 106 dans le bras chirurgien
	Age et sexe	57.6 % / 42.4 % hommes /femmes de tous âges dont 45.8 % entre 70 et 79 ans
	Critères d'inclusion	Cancer colorectal opéré stade A B ou C de la classification Dukes Chimiothérapie adjuvante terminée Suivi réalisable par généraliste ou chirurgien Capable de donner son consentement
	Critères d'exclusion	Tumeur rectal (car nécessité de faire régulièrement des rectosigmoïdoscopies ce qui exclut un suivi par un généraliste) Découvertes de polypes nécessitants un suivi par coloscopie particulier Ou toute autre condition nécessitant un suivi plus soutenu que le suivi classique
Méthode	Intervention	Suivi par un médecin généraliste
	Comparateur	Suivi par un chirurgien
Outcome	Critère jugement principal	HADS : pas de différence entre les groupes, pas de signes de dépression ou d'anxiété Qualité de vie : diminution de la qualité de vie au début de l'étude avec amélioration au fur et à mesure. Pas de différence entre les groupes à 12 et 24 mois Satisfaction vis-à-vis des soins : haut niveau de satisfaction dans les deux groupes, sans différence significative
	Critère jugement 2nd	Plus de visites chez le médecin généraliste (1.27 visite tous les trois mois) vs 0.84 chez le chirurgien Plus de dépistage de saignement occulte chez généraliste Plus d'échographie et de coloscopie chez chirurgien Récurrence et décès (étude pas dessinée pour ça) : tendance à l'absence de différence entre les groupes

Annexe n°4 : Evaluation du risque de biais des essais randomisés d'après Cochrane

Augestad 2013

Domaine	Type de biais	Jugement			Justification
		Faible risque	Haut risque	Douteux	
Randomisation	Biais de sélection	X			
Dissimulation de l'attribution		X			
Double aveugle	Biais de performance			X	
Insu lors du de la mesure des résultats		X			
Données incomplètes	Biais d'attrition	X			
Sélection des informations	Biais de publication	X			

Grunefeld 2006

Domaine	Type de biais	Jugement			Justification
		Faible risque	Haut risque	Douteux	
Randomisation	Biais de sélection	X			
Dissimulation de l'attribution		X			
Double aveugle	Biais de performance			X	
Insu lors du de la mesure des résultats		X			
Données incomplètes	Biais d'attrition	X			
Sélection des informations	Biais de publication	X			

Wattchow 2006

Domaine	Type de biais	Jugement			Justification
		Faible risque	Haut risque	Douteux	
Randomisation	Biais de sélection	X			
Dissimulation de l'attribution		X			
Double aveugle	Biais de performance			X	
Insu lors du de la mesure des résultats		X			
Données incomplètes	Biais d'attrition	X			
Sélection des informations	Biais de publication	X			

Annexe n°5 : Grilles d'évaluations des revues systématiques d'après PRISMA-P 2015

Lewis 2009

Section and topic	*Item No*	*Checklist item*	*Y/N*
		Administrative information	
Title:			
Identification	1a	Identify the report as a protocol of a systematic review	Y
Update	1b	If the protocol is for an update of a previous systematic review, identify as such	NA
Registration	2	If registered, provide the name of the registry (such as PROSPERO) and registration number	N
Authors:			
Contact	3a	Provide name, institutional affiliation, e-mail address of all protocol authors; provide physical mailing address of corresponding author	N & Y
Contributions	3b	Describe contributions of protocol authors and identify the guarantor of the review	Y
Amendments	4	If the protocol represents an amendment of a previously completed or published protocol, identify as such and list changes; otherwise, state plan for documenting important protocol amendments	NA
Support:			
Sources	5a	Indicate sources of financial or other support for the review	Y
Sponsor	5b	Provide name for the review funder and/or sponsor	Y
Role of sponsor or funder	5c	Describe roles of funder(s), sponsor(s), and/or institution(s), if any, in developing the protocol	Y
		Introduction	
Rationale	6	Describe the rationale for the review in the context of what is already known	Y
Objectives	7	Provide an explicit statement of the question(s) the review will address with reference to participants, interventions, comparators, and outcomes (PICO)	Y
		Methods	
Eligibility criteria	8	Specify the study characteristics (such as PICO, study design, setting, time frame) and report characteristics (such as years considered, language, publication status) to be used as criteria for eligibility for the review	Y
Information sources	9	Describe all intended information sources (such as electronic databases, contact with study authors, trial registers or other grey literature sources) with planned dates of coverage	Y
Search strategy	10	Present draft of search strategy to be used for at least one electronic database, including planned limits,	Y

		such that it could be repeated	
Study records:			
Data management	11a	Describe the mechanism(s) that will be used to manage records and data throughout the review	Y
Selection process	11b	State the process that will be used for selecting studies (such as two independent reviewers) through each phase of the review (that is, screening, eligibility and inclusion in meta-analysis)	Y
Data collection process	11c	Describe planned method of extracting data from reports (such as piloting forms, done independently, in duplicate), any processes for obtaining and confirming data from investigators	Y
Data items	12	List and define all variables for which data will be sought (such as PICO items, funding sources), any pre-planned data assumptions and simplifications	Y
Outcomes and prioritization	13	List and define all outcomes for which data will be sought, including prioritization of main and additional outcomes, with rationale	Y
Risk of bias in individual studies	14	Describe anticipated methods for assessing risk of bias of individual studies, including whether this will be done at the outcome or study level, or both; state how this information will be used in data synthesis	Y
Data synthesis	15a	Describe criteria under which study data will be quantitatively synthesised	Y
	15b	If data are appropriate for quantitative synthesis, describe planned summary measures, methods of handling data and methods of combining data from studies, including any planned exploration of consistency (such as I^2, Kendall's τ)	NA
	15c	Describe any proposed additional analyses (such as sensitivity or subgroup analyses, meta-regression)	N
	15d	If quantitative synthesis is not appropriate, describe the type of summary planned	Y
Meta-bias(es)	16	Specify any planned assessment of meta-bias(es) (such as publication bias across studies, selective reporting within studies)	Y
Confidence in cumulative evidence	17	Describe how the strength of the body of evidence will be assessed (such as GRADE)	N

Meregalia 2015

Section and topic	Item No	Checklist item	Y/N
		Administrative information	
Title:			
Identification	1a	Identify the report as a protocol of a systematic review	Y
Update	1b	If the protocol is for an update of a previous systematic review, identify as such	NA
Registration	2	If registered, provide the name of the registry (such as PROSPERO) and registration number	N
Authors:			
Contact	3a	Provide name, institutional affiliation, e-mail address of all protocol authors; provide physical mailing address of corresponding author	Y
Contributions	3b	Describe contributions of protocol authors and identify the guarantor of the review	Y
Amendments	4	If the protocol represents an amendment of a previously completed or published protocol, identify as such and list changes; otherwise, state plan for documenting important protocol amendments	NA
Support:			
Sources	5a	Indicate sources of financial or other support for the review	Y
Sponsor	5b	Provide name for the review funder and/or sponsor	Y
Role of sponsor or funder	5c	Describe roles of funder(s), sponsor(s), and/or institution(s), if any, in developing the protocol	Y
		Introduction	
Rationale	6	Describe the rationale for the review in the context of what is already known	Y
Objectives	7	Provide an explicit statement of the question(s) the review will address with reference to participants, interventions, comparators, and outcomes (PICO)	Y
		Methods	
Eligibility criteria	8	Specify the study characteristics (such as PICO, study design, setting, time frame) and report characteristics (such as years considered, language, publication status) to be used as criteria for eligibility for the review	Y
Information sources	9	Describe all intended information sources (such as electronic databases, contact with study authors, trial registers or other grey literature sources) with planned dates of coverage	Y
Search strategy	10	Present draft of search strategy to be used for at least one electronic database, including planned limits, such that it could be repeated	N
Study records:			
Data management	11a	Describe the mechanism(s) that will be used to manage records and data throughout the review	N

Selection process	11b	State the process that will be used for selecting studies (such as two independent reviewers) through each phase of the review (that is, screening, eligibility and inclusion in meta-analysis)	Y
Data collection process	11c	Describe planned method of extracting data from reports (such as piloting forms, done independently, in duplicate), any processes for obtaining and confirming data from investigators	Y
Data items	12	List and define all variables for which data will be sought (such as PICO items, funding sources), any pre-planned data assumptions and simplifications	Y
Outcomes and prioritization	13	List and define all outcomes for which data will be sought, including prioritization of main and additional outcomes, with rationale	Y
Risk of bias in individual studies	14	Describe anticipated methods for assessing risk of bias of individual studies, including whether this will be done at the outcome or study level, or both; state how this information will be used in data synthesis	N
Data synthesis	15a	Describe criteria under which study data will be quantitatively synthesised	Y
	15b	If data are appropriate for quantitative synthesis, describe planned summary measures, methods of handling data and methods of combining data from studies, including any planned exploration of consistency (such as I^2, Kendall's τ)	NA
	15c	Describe any proposed additional analyses (such as sensitivity or subgroup analyses, meta-regression)	N
	15d	If quantitative synthesis is not appropriate, describe the type of summary planned	Y
Meta-bias(es)	16	Specify any planned assessment of meta-bias(es) (such as publication bias across studies, selective reporting within studies)	Y
Confidence in cumulative evidence	17	Describe how the strength of the body of evidence will be assessed (such as GRADE)	Y

Montgomery 2007

Section and topic	Item No	Checklist item	Y/N
		Administrative information	
Title:			
Identification	1a	Identify the report as a protocol of a systematic review	Y
Update	1b	If the protocol is for an update of a previous systematic review, identify as such	NA
Registration	2	If registered, provide the name of the registry (such as PROSPERO) and registration number	N
Authors:			
Contact	3a	Provide name, institutional affiliation, e-mail address of all protocol authors; provide physical mailing address of corresponding author	N & Y
Contributions	3b	Describe contributions of protocol authors and identify the guarantor of the review	Y
Amendments	4	If the protocol represents an amendment of a previously completed or published protocol, identify as such and list changes; otherwise, state plan for documenting important protocol amendments	NA
Support:			
Sources	5a	Indicate sources of financial or other support for the review	Y
Sponsor	5b	Provide name for the review funder and/or sponsor	NA
Role of sponsor or funder	5c	Describe roles of funder(s), sponsor(s), and/or institution(s), if any, in developing the protocol	NA
		Introduction	
Rationale	6	Describe the rationale for the review in the context of what is already known	Y
Objectives	7	Provide an explicit statement of the question(s) the review will address with reference to participants, interventions, comparators, and outcomes (PICO)	Y
		Methods	
Eligibility criteria	8	Specify the study characteristics (such as PICO, study design, setting, time frame) and report characteristics (such as years considered, language, publication status) to be used as criteria for eligibility for the review	Y
Information sources	9	Describe all intended information sources (such as electronic databases, contact with study authors, trial registers or other grey literature sources) with planned dates of coverage	Y
Search strategy	10	Present draft of search strategy to be used for at least	Y

		one electronic database, including planned limits, such that it could be repeated	
Study records:			
Data management	11a	Describe the mechanism(s) that will be used to manage records and data throughout the review	N
Selection process	11b	State the process that will be used for selecting studies (such as two independent reviewers) through each phase of the review (that is, screening, eligibility and inclusion in meta-analysis)	Y
Data collection process	11c	Describe planned method of extracting data from reports (such as piloting forms, done independently, in duplicate), any processes for obtaining and confirming data from investigators	Y
Data items	12	List and define all variables for which data will be sought (such as PICO items, funding sources), any pre-planned data assumptions and simplifications	N
Outcomes and prioritization	13	List and define all outcomes for which data will be sought, including prioritization of main and additional outcomes, with rationale	N
Risk of bias in individual studies	14	Describe anticipated methods for assessing risk of bias of individual studies, including whether this will be done at the outcome or study level, or both; state how this information will be used in data synthesis	Y
Data synthesis	15a	Describe criteria under which study data will be quantitatively synthesised	Y
	15b	If data are appropriate for quantitative synthesis, describe planned summary measures, methods of handling data and methods of combining data from studies, including any planned exploration of consistency (such as I^2, Kendall's τ)	NA
	15c	Describe any proposed additional analyses (such as sensitivity or subgroup analyses, meta-regression)	N
	15d	If quantitative synthesis is not appropriate, describe the type of summary planned	Y
Meta-bias(es)	16	Specify any planned assessment of meta-bias(es) (such as publication bias across studies, selective reporting within studies)	N
Confidence in cumulative evidence	17	Describe how the strength of the body of evidence will be assessed (such as GRADE)	Y

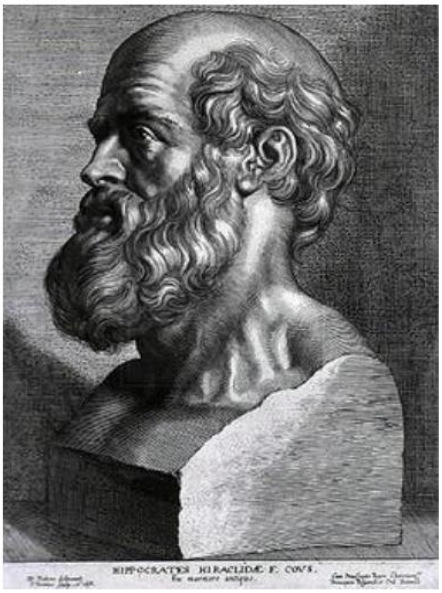
Murphy 2013

Section and topic	Item No	Checklist item	Y/N
		Administrative information	
Title:			
Identification	1a	Identify the report as a protocol of a systematic review	Y
Update	1b	If the protocol is for an update of a previous systematic review, identify as such	NA
Registration	2	If registered, provide the name of the registry (such as PROSPERO) and registration number	N
Authors:			
Contact	3a	Provide name, institutional affiliation, e-mail address of all protocol authors; provide physical mailing address of corresponding author	N & Y
Contributions	3b	Describe contributions of protocol authors and identify the guarantor of the review	Y
Amendments	4	If the protocol represents an amendment of a previously completed or published protocol, identify as such and list changes; otherwise, state plan for documenting important protocol amendments	NA
Support:			
Sources	5a	Indicate sources of financial or other support for the review	Y
Sponsor	5b	Provide name for the review funder and/or sponsor	Y
Role of sponsor or funder	5c	Describe roles of funder(s), sponsor(s), and/or institution(s), if any, in developing the protocol	Y
		Introduction	
Rationale	6	Describe the rationale for the review in the context of what is already known	Y
Objectives	7	Provide an explicit statement of the question(s) the review will address with reference to participants, interventions, comparators, and outcomes (PICO)	Y
		Methods	
Eligibility criteria	8	Specify the study characteristics (such as PICO, study design, setting, time frame) and report characteristics (such as years considered, language, publication status) to be used as criteria for eligibility for the review	Y
Information sources	9	Describe all intended information sources (such as electronic databases, contact with study authors, trial registers or other grey literature sources) with planned dates of coverage	Y
Search strategy	10	Present draft of search strategy to be used for at least	Y

		one electronic database, including planned limits, such that it could be repeated	
Study records:			
Data management	11a	Describe the mechanism(s) that will be used to manage records and data throughout the review	N
Selection process	11b	State the process that will be used for selecting studies (such as two independent reviewers) through each phase of the review (that is, screening, eligibility and inclusion in meta-analysis)	Y
Data collection process	11c	Describe planned method of extracting data from reports (such as piloting forms, done independently, in duplicate), any processes for obtaining and confirming data from investigators	Y
Data items	12	List and define all variables for which data will be sought (such as PICO items, funding sources), any pre-planned data assumptions and simplifications	Y
Outcomes and prioritization	13	List and define all outcomes for which data will be sought, including prioritization of main and additional outcomes, with rationale	Y
Risk of bias in individual studies	14	Describe anticipated methods for assessing risk of bias of individual studies, including whether this will be done at the outcome or study level, or both; state how this information will be used in data synthesis	N
Data synthesis	15a	Describe criteria under which study data will be quantitatively synthesised	Y
	15b	If data are appropriate for quantitative synthesis, describe planned summary measures, methods of handling data and methods of combining data from studies, including any planned exploration of consistency (such as I^2, Kendall's τ)	NA
	15c	Describe any proposed additional analyses (such as sensitivity or subgroup analyses, meta-regression)	N
	15d	If quantitative synthesis is not appropriate, describe the type of summary planned	Y
Meta-bias(es)	16	Specify any planned assessment of meta-bias(es) (such as publication bias across studies, selective reporting within studies)	Y
Confidence in cumulative evidence	17	Describe how the strength of the body of evidence will be assessed (such as GRADE)	N

Annexe n°6 : Caractéristiques des études exclues

Auteur, année	Motif d'exclusion
Augestad, 2008	Protocole de l'étude présentée dans cette revue
Baena-Canada, 2013	Rétrospectif, monocentrique, petit effectif
Duineveld, 2015	Protocole d'une étude encore non publiée
Emery, 2014	Revue narrative du role du médecin généraliste, méthodologie non précisée
Han, 2013	Expose les rapports qu'ont les médecins avec la prescriptions d'examens complémentaires
Hollowell, 2010	Groupe médecin généraliste trop hétérogène incluant des specialists d'organe
Lu, 2012	Évaluation de plusieurs méthodes de suivi, mais simulation mathématique de l'évolution clinique
McCarthy, 2015	Étude qualitative
Nekhlyudov, 2014	Questionnaires médecins, pas de comparaisons de prise en charge, discussion
Potosky, 2011	Questionnaires médecins sur la prise en charge qu'ils préfèrent
Snyder, 2007	Description des modalités de suivi, pas de comparaison (cancer colorectal)
Snyder, 2008	Description des modalités de suivi à 5 ans sans comparaison (cancer colorectal)
Snyder, 2009	Description des modalité de suivi, pas de comparaison (cancer du sein)
Snyder, 2011	Comparaison malades et non malades
Sisler, 2012	Évaluation de la satisfaction patients après transfert
Tan, 2011	Groupe généraliste hétérogène, questionnaires web médecins
Virgo, 2013	Ressenti des médecins, pas de comparaison de prise en charge
Weaver, 2014	Ressenti des patients sur leur prise en charge



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, 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 gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.