



HAL
open science

Rôle du Médecin Généraliste dans la prise en charge et l'accompagnement des patients sous chimiothérapie

Catherine Fontaine

► **To cite this version:**

Catherine Fontaine. Rôle du Médecin Généraliste dans la prise en charge et l'accompagnement des patients sous chimiothérapie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02393115

HAL Id: dumas-02393115

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02393115>

Submitted on 4 Dec 2019

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Rôle du Médecin Généraliste dans la prise en charge et l'accompagnement
des patients sous chimiothérapie**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 21 Octobre 2019

Par Madame Catherine FONTAINE

Née le 12 août 1991 à Maisons-Laffitte (78)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur DAHAN Laetitia

Président

Madame le Professeur DUFFAUD Florence

Assesseur

Monsieur le Docteur GRANVAL Philippe

Assesseur

Monsieur le Docteur BEAUJARD Jérôme

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Asseseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

| | | | |
|----|------------------------|----|---------------------------|
| MM | AGOSTINI Serge | MM | FAVRE Roger |
| | ALDIGHIERI René | | FIECHI Marius |
| | ALESSANDRINI Pierre | | FARNARIER Georges |
| | ALLIEZ Bernard | | FIGARELLA Jacques |
| | AQUARON Robert | | FONTES Michel |
| | ARGEME Maxime | | FRANCOIS Georges |
| | ASSADOURIAN Robert | | FUENTES Pierre |
| | AUFFRAY Jean-Pierre | | GABRIEL Bernard |
| | AUTILLO-TOUATI Amapola | | GALINIER Louis |
| | AZORIN Jean-Michel | | GALLAIS Hervé |
| | BAILLE Yves | | GAMERRE Marc |
| | BARDOT Jacques | | GARCIN Michel |
| | BARDOT André | | GARNIER Jean-Marc |
| | BERARD Pierre | | GAUTHIER André |
| | BERGOIN Maurice | | GERARD Raymond |
| | BERNARD Dominique | | GEROLAMI-SANTANDREA André |
| | BERNARD Jean-Louis | | GIUDICELLI Roger |
| | BERNARD Pierre-Marie | | GIUDICELLI Sébastien |
| | BERTRAND Edmond | | GOUDARD Alain |
| | BISSET Jean-Pierre | | GOUIN François |
| | BLANC Bernard | | GRILLO Jean-Marie |
| | BLANC Jean-Louis | | GRISOLI François |
| | BOLLINI Gérard | | GROULIER Pierre |
| | BONGRAND Pierre | | HADIDA/SAYAG Jacqueline |
| | BONNEAU Henri | | HASSOUN Jacques |
| | BONNOIT Jean | | HEIM Marc |
| | BORY Michel | | HOUEL Jean |
| | BOTTA Alain | | HUGUET Jean-François |
| | BOURGEADE Augustin | | JAQUET Philippe |
| | BOUVENOT Gilles | | JAMMES Yves |
| | BOUYALA Jean-Marie | | JOUVE Paulette |
| | BREMOND Georges | | JUHAN Claude |
| | BRICOT René | | JUIN Pierre |
| | BRUNET Christian | | KAPHAN Gérard |
| | BUREAU Henri | | KASBARIAN Michel |
| | CAMBOULIVES Jean | | KLEISBAUER Jean-Pierre |
| | CANNONI Maurice | | LACHARD Jean |
| | CARTOUZOU Guy | | LAFFARGUE Pierre |
| | CAU Pierre | | LAUGIER René |
| | CHABOT Jean-Michel | | LE TREUT Yves |
| | CHAMLIAN Albert | | LEVY Samuel |
| | CHARREL Michel | | LOUCHET Edmond |
| | CHAUVEL Patrick | | LOUIS René |
| | CHOUX Maurice | | LUCIANI Jean-Marie |
| | CIANFARANI François | | MAGALON Guy |
| | CLEMENT Robert | | MAGNAN Jacques |
| | COMBALBERT André | | MALLAN- MANCINI Josette |
| | CONTE-DEVOLX Bernard | | MALMEJAC Claude |
| | CORRIOL Jacques | | MARANINCHI Dominique |
| | COULANGE Christian | | MARTIN Claude |
| | DALMAS Henri | | MATTEI Jean François |
| | DE MICO Philippe | | MERCIER Claude |
| | DESSEIN Alain | | METGE Paul |
| | DELARQUE Alain | | MICHOTEY Georges |
| | DEVIN Robert | | MILLET Yves |
| | DEVRED Philippe | | MIRANDA François |
| | DJIANE Pierre | | MONFORT Gérard |
| | DONNET Vincent | | MONGES André |
| | DUCASSOU Jacques | | MONGIN Maurice |
| | DUFOUR Michel | | MONTIES Jean-Raoul |
| | DUMON Henri | | NAZARIAN Serge |
| | ENJALBERT Alain | | NICOLI René |

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

| | | |
|-------------------|-------------------|------------|
| M. le Professeur | LEVY Samuel | 31/08/2011 |
| Mme le Professeur | JUHAN-VAGUE Irène | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | PONCET Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | KASBARIAN Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | ROBERTOUX Pierre | 31/08/2011 |

2009

| | | |
|------------------|-----------------|------------|
| M. le Professeur | DJIANE Pierre | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2012 |

2010

| | | |
|------------------|----------------|------------|
| M. le Professeur | MAGNAN Jacques | 31/12/2014 |
|------------------|----------------|------------|

2011

| | | |
|------------------|-------------------|------------|
| M. le Professeur | DI MARINO Vincent | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MARTIN Pierre | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | METRAS Dominique | 31/08/2015 |

2012

| | | |
|------------------|----------------------|------------|
| M. le Professeur | AUBANIAC Jean-Manuel | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | CAMBOULIVES Jean | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2015 |

2013

| | | |
|------------------|----------------------------|------------|
| M. le Professeur | BRANCHEREAU Alain | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | CARAYON Pierre | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | HENRY Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | LE GUICHAOUA Marie-Roberte | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | RUF0 Marcel | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2016 |

2014

| | | |
|------------------|---------------------|------------|
| M. le Professeur | FUENTES Pierre | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | GAMERRE Marc | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | MAGALON Guy | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | PERAGUT Jean-Claude | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | WEILLER Pierre-Jean | 31/08/2017 |

2015

| | | |
|------------------|----------------------|------------|
| M. le Professeur | COULANGE Christian | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | COURAND François | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2016 |

2016

| | | |
|------------------|-------------------|------------|
| M. le Professeur | BONGRAND Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | BRUNET Christian | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | CAU Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | FONTES Michel | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | JAMMES Yves | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | NAZARIAN Serge | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | POITOUT Dominique | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | VIALETTES Bernard | 31/08/2019 |

2017

| | | |
|------------------|---------------------|------------|
| M. le Professeur | ALESSANDRINI Pierre | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | CHAUVEL Patrick | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | COZZONE Pierre | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | SEBBAHOUN Gérard | 31/08/2018 |

2018

| | | |
|------------------|----------------------|------------|
| M. le Professeur | MARANINCHI Dominique | 31/08/2021 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | COZZONE Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2019 |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| AGOSTINI FERRANDES Aubert | CHINOT Olivier | GRIMAUD Jean-Charles |
| ALBANESE Jacques | CHOSSEGROS Cyrille | GROB Jean-Jacques |
| ALIMI Yves | <i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i> | GUEDJ Eric |
| AMABILE Philippe | COLLART Frédéric | GUIEU Régis |
| AMBROSI Pierre | COSTELLO Régis | GUIS Sandrine |
| ANDRE Nicolas | COURBIERE Blandine | GUYE Maxime |
| ARGENSON Jean-Noël | COWEN Didier | GUYOT Laurent |
| ASTOUL Philippe | CRAVELLO Ludovic | GUYS Jean-Michel |
| ATTARIAN Shahram | CUISSET Thomas | HABIB Gilbert |
| AUDOUIN Bertrand | CURVALE Georges | HARDWIGSEN Jean |
| AUQUIER Pascal | DA FONSECA David | HARLE Jean-Robert |
| AVIERINOS Jean-François | DAHAN-ALCARAZ Laetitia | <i>HOFFART Louis Disponibilité</i> |
| AZULAY Jean-Philippe | DANIEL Laurent | HOUVENAEGHEL Gilles |
| BAILLY Daniel | DARMON Patrice | JACQUIER Alexis |
| BARLESI Fabrice | D'ERCOLE Claude | JOURDE-CHICHE Noémie |
| BARLIER-SETTI Anne | D'JOURNO Xavier | JOUVE Jean-Luc |
| BARTHET Marc | DEHARO Jean-Claude | KAPLANSKI Gilles |
| BARTOLI Christophe | DELAPORTE Emmanuel | KARSENTY Gilles |
| BARTOLI Jean-Michel | DELPERO Jean-Robert | KERBAUL François |
| BARTOLI Michel | DENIS Danièle | KRAHN Martin |
| BARTOLOMEI Fabrice | DISDIER Patrick | LAFFORGUE Pierre |
| BASTIDE Cyrille | DODDOLI Christophe | LAGIER Jean-Christophe |
| BENSOUSSAN Laurent | DRANCOURT Michel | LAMBAUDIE Eric |
| BERBIS Philippe | DUBUS Jean-Christophe | LANCON Christophe |
| BERDAH Stéphane | DUFFAUD Florence | LA SCOLA Bernard |
| <i>BERLAND Yvon Surnombre</i> | DUFOUR Henry | LAUNAY Franck |
| BERNARD Jean-Paul | DURAND Jean-Marc | LAVIEILLE Jean-Pierre |
| BEROUD Christophe | DUSSOL Bertrand | LE CORROLLER Thomas |
| BERTUCCI François | EUSEBIO Alexandre | LECHEVALLIER Eric |
| BLAISE Didier | FAKHRY Nicolas | LEGRE Régis |
| BLIN Olivier | <i>FAUGERE Gérard Surnombre</i> | LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale |
| BLONDEL Benjamin | FELICIAN Olivier | LEONE Marc |
| BONIN/GUILLAUME Sylvie | FENOLLAR Florence | LEONETTI Georges |
| BONELLO Laurent | FIGARELLA/BRANGER Dominique | LEPIDI Hubert |
| BONNET Jean-Louis | FLECHER Xavier | LEVY Nicolas |
| <i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i> | FOURNIER Pierre-Edouard | MACE Loïc |
| BOUBLI Léon | <i>FRANCES Yves Surnombre</i> | MAGNAN Pierre-Edouard |
| BOUFI Mourad | FRANCESCHI Frédéric | <i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i> |
| BOYER Laurent | FUENTES Stéphane | MEGE Jean-Louis |
| BREGEON Fabienne | GABERT Jean | MERROT Thierry |
| BRETELLE Florence | GABORIT Bénédicte | METZLER/GUILLEMAIN Catherine |
| BROUQUI Philippe | GAINNIER Marc | MEYER/DUTOUR Anne |
| BRUDER Nicolas | GARCIA Stéphane | MICCALEF/ROLL Joëlle |
| BRUE Thierry | GARIBOLDI Vlad | MICHEL Fabrice |
| BRUNET Philippe | GAUDART Jean | MICHEL Gérard |
| BURTEY Stéphane | GAUDY-MARQUESTE Caroline | MICHEL Justin |
| CARCOPINO-TUSOLI Xavier | GENTILE Stéphanie | MICHELET Pierre |
| CASANOVA Dominique | GERBEAUX Patrick | MILH Mathieu |
| CASTINETTI Frédéric | GEROLAMI/SANTANDREA René | MOAL Valérie |
| CECCALDI Mathieu | GILBERT/ALESSI Marie-Christine | MONCLA Anne |
| CHAGNAUD Christophe | GIORGI Roch | MORANGE Pierre-Emmanuel |
| CHAMBOST Hervé | GIOVANNI Antoine | MOULIN Guy |
| CHAMPSAUR Pierre | GIRARD Nadine | MOUTARDIER Vincent |
| CHANEZ Pascal | GIRAUD/CHABROL Brigitte | <i>MUNDLER Olivier Surnombre</i> |
| CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle | GONCALVES Anthony | NAUDIN Jean |
| CHARREL Rémi | GORINCOUR Guillaume | NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier |
| <i>CHARPIN Denis Surnombre</i> | GRANEL/REY Brigitte | NICOLLAS Richard |
| CHAUMOITRE Kathia | GRANVAL Philippe | OLIVE Daniel |
| CHIARONI Jacques | GREILLIER Laurent | OUAFIK L'Houcine |

| | | |
|---|--------------------------------|----------------------------|
| PAGANELLI Franck | ROCHE Pierre-Hugues | THOMAS Pascal |
| PANUEL Michel | ROCH Antoine | THUNY Franck |
| PAPAZIAN Laurent | ROCHWERGER Richard | TREBUCHON-DA FONSECA Agnès |
| PAROLA Philippe | ROLL Patrice | TRIGLIA Jean-Michel |
| <i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i> | ROSSI Dominique | TROPIANO Patrick |
| PELISSIER-ALICOT Anne-Laure | ROSSI Pascal | TSIMARATOS Michel |
| PELLETIER Jean | ROUDIER Jean | TURRINI Olivier |
| PERRIN Jeanne | SALAS Sébastien | VALERO René |
| PETIT Philippe | <i>SAMBUC Roland Surnombre</i> | VAROQUAUX Arthur Damien |
| PHAM Thao | SARLES Jacques | VELLY Lionel |
| PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique | SARLES/PHILIP Nicole | VEY Norbert |
| PIQUET Philippe | SARLON-BARTOLI Gabrielle | VIDAL Vincent |
| PIRRO Nicolas | SCAVARDA Didier | VIENS Patrice |
| POINSO François | SCHLEINITZ Nicolas | VILLANI Patrick |
| RACCAH Denis | SEBAG Frédéric | VITON Jean-Michel |
| RANQUE Stéphane | SEITZ Jean-François | VITTON Véronique |
| RAOULT Didier | SIELEZNEFF Igor | VIEHWEGER Heide Elke |
| REGIS Jean | SIMON Nicolas | VIVIER Eric |
| REYNAUD/GAUBERT Martine | STEIN Andréas | XERRI Luc |
| REYNAUD Rachel | TAIEB David | |
| RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth | THIRION Xavier | |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------|
| ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>) | EBBO Mikaël | NGUYEN PHONG Karine |
| AHERFI Sarah | FABRE Alexandre | NINOVE Laetitia |
| ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>) | FAURE Alice | NOUGAIREDE Antoine |
| ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>) | FOLETTI Jean- Marc | OLLIVIER Matthieu |
| BARTHELEMY Pierre | FOUILLOUX Virginie | OVAERT Caroline |
| BEGE Thierry | FROMNOT Julien | PAULMYER/LACROIX Odile |
| BELIARD Sophie | GASTALDI Marguerite | PESENTI Sébastien |
| BERBIS Julie | GELSI/BOYER Véronique | RESSEGUIER Noémie |
| BERGE-LEFRANC Jean-Louis | GIUSIANO Bernard | REY Marc |
| BERTRAND Baptiste | GIUSIANO COURCAMBECK Sophie | ROBERT Philippe |
| BEYER-BERJOT Laura | GONZALEZ Jean-Michel | SABATIER Renaud |
| BIRNBAUM David | GOURIET Frédérique | SARI-MINODIER Irène |
| BONINI Francesca | GRAILLON Thomas | SAVEANU Alexandru |
| BOUCRAUT Joseph | GRISOLI Dominique | SECQ Véronique |
| BOULAMERY Audrey | GUERIN Carole | SUCHON Pierre |
| BOULLU/CIOCCA Sandrine | GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné | TABOURET Emeline |
| BUFFAT Christophe | GUIDON Catherine | TOGA Caroline |
| CAMILLERI Serge | HAUTIER/KRAHN Aurélie | TOGA Isabelle |
| CARRON Romain | HRAIECH Sami | TOMASINI Pascale |
| CASSAGNE Carole | KASPI-PEZZOLI Elise | TOSELLO Barthélémy |
| CHAUDET Hervé | L'OLLIVIER Coralie | TROUSSE Delphine |
| CHRETIEN Anne-Sophie | LABIT-BOUVIER Corinne | TUCHTAN-TORRENTS Lucile |
| COZE Carole | LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina | VELY Frédéric |
| CUNY Thomas | LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>) | VION-DURY Jean |
| DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>) | LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude | ZATTARA/CANNONI Hélène |
| DALES Jean-Philippe | LEVY/MOZZICONACCI Annie | |
| DAUMAS Aurélie | LOOSVELD Marie | |
| DEGEORGES/VITTE Joëlle | MANCINI Julien | |
| DELLIAUX Stéphane | MARY Charles | |
| DESPLAT/JEGO Sophie | MASCAUX Céline | |
| DEVILLIER Raynier | MAUES DE PAULA André | |
| DUBOURG Grégory | MILLION Matthieu | |
| DUFOUR Jean-Charles | MOTTOLA GHIGO Giovanna | |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

| | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------|
| ABU ZAINEH Mohammad | DEGIOANNI/SALLE Anna | RUEL Jérôme |
| BARBACARU/PERLES T. A. | DESNUES Benoît | THOLLON Lionel |
| BERLAND/BENHAIM Caroline | MARANINCHI Marie | THIRION Sylvie |
| BOUCAULT/GARROUSTE Françoise | MERHEJ/CHAUVEAU Vicky | VERNA Emeline |
| BOYER Sylvie | MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte | |
| COLSON Sébastien | POGGI Marjorie | |

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) *Surnombre*
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

| | |
|---|----|
| Introduction | 10 |
| I- Pré requis | 11 |
| A- Etat des lieux sur le cancer..... | 11 |
| 1- Définitions | 11 |
| 2- Epidémiologie..... | 11 |
| 3- Part des cancers en médecine générale | 12 |
| B- Organisation des soins en cancérologie | 12 |
| 1- Caractéristiques de la prise en charge en cancérologie | 12 |
| 2- Règlements des soins en cancérologie | 13 |
| 3- Effectifs des professionnels en cancérologie | 13 |
| 4- Centres de cancérologie et centres de coordination en cancérologie | 14 |
| 5- Activité hospitalière | 15 |
| 6- Dépenses en cancérologie | 15 |
| C- Rôle historique du médecin généraliste | 16 |
| 1- Définition | 16 |
| 2- WONCA | 16 |
| 3- Arrêté du 3 Février 2005 | 18 |
| D- Historique de la lutte contre le cancer | 19 |
| 1- Premiers états généraux du cancer (1998) | 20 |
| 2- Charte de Paris (2000) | 20 |
| 3- HPST | 20 |
| 4- Plans cancer | 21 |
| - 2003-2007 | 21 |
| - 2009-2013 | 22 |
| - 2014-2019 | 23 |
| E- Stades de la maladie en cancérologie selon P.T Williams | 24 |
| F- Outils de communication en cancérologie | 25 |
| 1- Le dossier communiquant en cancérologie | 25 |
| 2- Les réunions de concertation pluridisciplinaire | 26 |
| 3- Le programme personnalisé de soins | 27 |

| | | |
|-------|---|----|
| II- | Point sur la littérature | 28 |
| III- | Objectifs de l'étude | 31 |
| IV- | Matériel et méthodes | 32 |
| 1- | Caractéristiques de l'étude | 32 |
| 2- | Population étudiée | 32 |
| 3- | Critères d'inclusion et d'exclusion | 32 |
| 4- | Elaboration des questionnaires | 33 |
| 5- | Méthode de diffusion des questionnaires et de recueil des données | 33 |
| 6- | Moteurs de recherche | 33 |
| V- | Résultats | 34 |
| 1- | Taux de participation | 34 |
| 2- | Caractéristiques des populations étudiées | 35 |
| 3- | Spécificités des populations | 41 |
| 4- | Réponses aux questionnaires | 53 |
| 5- | Rôle du médecin généraliste dans les différentes étapes de la prise en charge en cancérologie | 71 |
| 6- | Attentes des patients | 74 |
| 7- | Attentes des médecins généralistes | 74 |
| 8- | Attentes des oncologues | 75 |
| VI- | Discussion | 76 |
| 1- | Biais et limites de l'enquête | 76 |
| - | Biais de sélection..... | 76 |
| - | Biais de volontariat..... | 76 |
| - | Biais lié à une enquête déclarative | 76 |
| 2- | Rôle actuel des médecins généralistes | 77 |
| 3- | Attentes des différents acteurs | 77 |
| 4- | Freins actuels..... | 79 |
| 5- | Perspectives et voies d'amélioration | 79 |
| VII- | Conclusion | 81 |
| VIII- | Bibliographie | 82 |
| | Annexes | 87 |

Liste des annexes

| | |
|--|----|
| Annexe 1 : Questionnaire médecin généraliste | 87 |
| Annexe 2 : Questionnaire patient | 91 |
| Annexe 3 : Questionnaire oncologue | 95 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Répartition des questionnaires | 34 |
| Tableau 2 : Mode de récupération des questionnaires destinés aux médecins généralistes | 34 |
| Tableau 3 : Communication ville/Hôpital notée de 1 à 5, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure (selon les médecins généralistes) | 53 |
| Tableau 4 : Disponibilité des spécialistes, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure (selon les médecins généralistes) | 53 |
| Tableau 5 : Fréquence des échanges entre spécialistes et médecins généralistes, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure (selon les médecins généralistes) | 54 |
| Tableau 6 : Qualité des échanges et des informations transmises, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure (selon les médecins généralistes) | 54 |
| Tableau 7 : Contraintes rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie (selon les médecins généralistes) | 56 |
| Tableau 8 : Communication ville/Hôpital notée de 1 à 5, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure (selon les oncologues) | 65 |
| Tableau 9 : Fréquence des échanges entre spécialistes et médecins généralistes, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure (selon les oncologues) | 65 |

Liste de figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Répartition des médecins généralistes selon le sexe | 35 |
| Figure 2 : Répartition des médecins généralistes par tranches d'âge | 36 |
| Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe | 37 |
| Figure 4 : Répartition des patients par tranches d'âge | 38 |
| Figure 5 : Répartition des oncologues par tranches d'âge | 39 |
| Figure 6 : Répartition des oncologues selon le sexe | 40 |
| Figure 7 : Répartition des généralistes par mode d'exercice | 41 |
| Figure 8 : Appartenance des généralistes à un réseau de Cancérologie | 42 |
| Figure 9 : Nombre de patients sous chimiothérapie actuellement suivis par les généralistes interrogés | 43 |
| Figure 10 : Distance entre le domicile des patients et l'Hôpital (en km) | 44 |
| Figure 11 : Distance entre le domicile des patients et le médecin généraliste référent (en km) | 44 |
| Figure 12 : Nombre actuel de cures effectuées | 45 |
| Figure 13 : Existence d'un médecin généraliste avant le début de la chimiothérapie .. | 46 |
| Figure 14 : Durée du suivi par le médecin généraliste avant la chimiothérapie | 47 |

| | |
|--|----|
| Figure 15 : Fréquence des consultations chez le médecin généraliste avant le début de la chimiothérapie | 47 |
| Figure 16 : Participation du médecin généraliste au diagnostic de cancer | 48 |
| Figure 17 : Consultation du médecin généraliste depuis le début de la chimiothérapie | 49 |
| Figure 18 : Fréquence des consultations chez le médecin généraliste après le début de la chimiothérapie | 50 |
| Figure 19 : Motifs de consultation après le début de la chimiothérapie | 51 |
| Figure 20 : Répartition des oncologues par mode d'exercice | 52 |
| Figure 21 : Souhait des médecins généralistes d'une implication plus grande dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie | 55 |
| Figure 22 : Compétences actuelles des médecins généralistes permettant une prise en charge globale optimale des patients sous chimiothérapie | 57 |
| Figure 23 : Intérêt des médecins généralistes pour les formations spécifiques en cancérologie | 58 |
| Figure 24 : Thèmes souhaités pour les formations spécifiques en cancérologie (selon les généralistes) | 59 |
| Figure 25 : Mode de prise en charge actuel selon les patients | 60 |
| Figure 26 : Souhaits des patients concernant la prise en charge future | 61 |
| Figure 27 : Raisons évoquées par les patients pour une plus grande implication des médecins généralistes dans la prise en charge | 62 |

| | |
|---|----|
| Figure 28 : Freins à une implication plus grande des médecins généralistes dans la prise en charge selon les patients | 63 |
| Figure 29 : Rôles à attribuer au médecin généraliste durant la chimiothérapie selon les patients | 64 |
| Figure 30 : Opinion des oncologues sur la prise en charge partagée | 66 |
| Figure 31 : Rôles du médecin généraliste durant la chimiothérapie selon les oncologues | 67 |
| Figure 32 : Qualité des médecins généralistes utiles dans la prise en charge oncologique | 68 |
| Figure 33 : Freins à une plus grande implication des médecins généralistes selon les oncologues | 69 |

Glossaire

3C Centre de cancérologie et centres de coordination en cancérologie

ALD Affection longue durée

ARS Agence régionale de santé

ASCO Société américaine d'oncologie clinique

CLCC Centre de lutte contre le cancer

DCC Dossier communiquant en cancérologie

HAS Haute autorité de santé

HCSP Haut conseil de santé publique

HPST Hôpital patient santé territoire

INCa Institut national du Cancer

MCO Médecine chirurgie obstétrique

OMéDIT Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'Innovation thérapeutique de Haute Normandie

PACA Provence Alpes Côte d'Azur

PPS Programme personnalisé de soins

RCP Réunion de concertation pluridisciplinaire

RRC Réseaux régionaux de cancérologie

WONCA Société européenne de la médecine générale/ médecine de famille

Introduction

Le cancer est une priorité nationale en termes de santé publique. Il représente depuis de nombreuses années la première cause de mortalité en France (1) .

En 2013 sur les 567 078 décès constatés en France (hors Mayotte), 163 602 étaient liés à des tumeurs.

Cet enjeu majeur de santé publique a poussé le gouvernement à créer le premier plan cancer 2003-2007 ; suivi d'un second entre 2009 et 2013.

A l'heure actuelle le 3 -ème plan cancer 2014-2019 rédigé à partir du rapport du Professeur d'hématologie clinique Jean Paul Vernant, partisan actif de la lutte contre les inégalités d'accès aux soins ; comprend 17 axes majeurs.

Un de ses axes principaux est de favoriser l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Il s'agit de « renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie ».

En 2009 l'évaluation du premier plan cancer réalisée par le haut conseil de santé publique (HCSP) avait déjà conclu qu'il était indispensable de replacer le médecin traitant au centre du parcours de soin et de le considérer comme un pivot dans le parcours en cancérologie.

De plus, pour faire face à l'augmentation actuelle du nombre de patients traités pour un cancer (2), il convient de réorganiser les soins en cancérologie de manière à créer un lien plus étroit entre la prise en charge hospitalière et la prise en charge ambulatoire réalisée en ville par le médecins généralistes.

I- Pré requis

A- Etat des lieux sur le cancer

1- Définitions

Le cancer est une maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (métastase). (3)

La chimiothérapie constitue un traitement du cancer par des substances chimiques qui tuent ou affaiblissent les cellules cancéreuses. Une chimiothérapie est un traitement général qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il existe de nombreux médicaments de chimiothérapie, souvent associés entre eux pour augmenter l'efficacité du traitement.

Ils peuvent être administrés par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés. Les médicaments de chimiothérapie touchent les cellules cancéreuses, mais aussi les cellules saines qui se divisent rapidement, ce qui peut provoquer des effets secondaires (nausées, vomissements, perte des cheveux, fatigue...). (4)

2- Epidémiologie

Le cancer est une priorité nationale de santé publique, et reste à l'heure actuelle malgré les progrès en termes de prévention, dépistage et traitement ; la 1^{ère} cause de mortalité en France (1).

Les chiffres issus du rapport « Les cancers en France édition 2016 » sont les suivants :

- 385 000 nouveaux cas de cancers estimés en 2015 en France métropolitaine
 - o 211 000 cas chez les hommes (prostate, poumon et cancer colorectal)
 - o 174 000 cas chez les femmes (sein, cancer colo rectal et poumon)

- 149 500 décès par cancer estimés en 2015 en France métropolitaine
 - o 84 000 décès chez les hommes (poumon +++, CCR et prostate)
 - o 65 000 décès chez les femmes (sein+++, poumon et CCR)

- Nombre de personnes ayant eu un cancer en 2008 estimé à $3 \cdot 10^6$

En trente ans le nombre de nouveaux cas par an a pratiquement doublé. (5) Le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie l'expliquent en grande partie. L'efficacité du dépistage précoce en est la seconde raison.

Cette divergence entre hausse de l'incidence et baisse de la mortalité induit irrémédiablement une hausse de la demande de soins en cancérologie. (4)

3- Part des cancers en médecine générale

La part du cancer dans la patientèle des médecins généralistes est difficile à estimer et il n'existe à l'heure actuelle aucun système général d'information permettant de relier l'activité des médecins de ville aux pathologies traitées. Cette part peut cependant être approchée par le nombre de demande de mise en affection longue durée (ALD) remplies par le généraliste pour un cancer. Ce chiffre représentant le nombre de nouveaux patients cancéreux dans la patientèle.

Au cours de l'année 2015, 55% des généralistes interrogés dans l'étude avaient rempli au moins 10 demandes d'ALD pour cancer ; 34% entre 10 et 20 demandes ; et 11% plus de 20 demandes. (6)

Ces chiffres sont plus élevés que ceux obtenus dans les enquêtes plus anciennes menées auprès des généralistes (enquête de Dagada 2003 et Tardieu 2012). (7)

B- Organisation des soins en cancérologie

1- Caractéristiques de la prise en charge des cancers

Une des particularités de la prise en charge des cancers est l'association de plusieurs disciplines médicales dans une chaîne thérapeutique de soins. Cette prise en charge doit intégrer autour de la personne soignée plusieurs acteurs réalisant des traitements dits spécifiques ou de support.

La lutte contre le cancer mobilise l'ensemble des disciplines médicales et établissements de santé habilités.

Actuellement la cancérologie traverse une profonde révolution (nouvelles formes de traitement, médecine personnalisée, développement de la part ambulatoire des soins...).

Ces évolutions impliquent de mettre en avant de nouveaux modes d'organisation des soins, moins fondés sur l'hospitalier, et nécessitant une plus grande coordination de tous les acteurs de la prise en charge. (8)

L'objectif étant toujours de garder une longueur d'avance dans la prise en charge des patients. (9)

2- Réglementation des soins en cancérologie

Depuis 2009 toute activité de soins spécifique du cancer est soumise à une réglementation précise (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie...).

Les établissements autorisés sont des hôpitaux ou clinique habilités à administrer des soins spécifiques aux patients atteints de cancer. Ils doivent répondre à des critères d'agrément fixés par le Décret n° 2007- 388 du 21 mars 2007. (10) (5) et avoir obtenu une autorisation spécifique délivrée par l'agence régionale de santé (ARS). (11)

Le dispositif d'autorisation repose sur 3 piliers :

- Conditions de qualité valable quelque soit le type de la prise en charge et de thérapeutique employée (6 mesures transversales de qualité)
- Critères d'agrément définis par l'Institut national du Cancer INCa pour les thérapeutiques du cancer (12)
- Seuils d'activité minimale à atteindre

3- Effectifs des professionnels en cancérologie

Par rapport aux chiffres de 2015 :(2)

- 1106 oncologues (augmentation de 9%)
- 895 radiothérapeutes (augmentation de 8%)
- 1651 pathologistes (augmentation de 5%)

Cette hausse récente est insuffisante pour subvenir à l'ensemble des besoins en cancérologie. (13)

En 2017, sur les 1106 oncologues en exercice, 24% avaient plus de 55 ans. L'âge moyen était estimé à 47 ans (Effectifs et âges des professionnels de santé en activité recueillis via le Répertoire partagé des professionnels de santé RPPS). (14)

Il existe bel et bien un vieillissement des oncologues sur ces dernières années. Une étude prévoit même un déclin d'ici 30 ans des effectifs en oncologie.

Il existe de plus des disparités de répartition sur le territoire français.(15)

En cumulant les indicateurs d'activité et de vieillissement, certaines régions apparaissent en difficulté en ce qui concerne l'oncologie médicale.

4- Centres de cancérologie et centres de coordination en cancérologie (3C)

Les soins en cancérologie sont exercés dans des centres ou services dédiés, répartis sur l'ensemble du territoire français. Ces centres sont nommés centres de lutte contre le cancer (CLCC).(16)

Il existe actuellement 877 établissements de santé et centres de radiothérapie autorisés à prendre en charge les patients atteints de cancer. Ces établissements sont répertoriés sur une carte interactive disponible sur le site internet de l'institut national du cancer. (16) (17)

Les centres de coordinations 3C ont pour objectifs principaux : (18)

- D'être membre d'une coordination des soins en cancérologie
- De mettre à disposition à tous les médecins et soignants des référentiels, thésaurus et protocoles de traitement pour chaque type de cancer ainsi que leur mise à jour et l'audit interne de leur utilisation
- De mettre en œuvre des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)
- D'assurer la circulation de l'information médicale
- D'assurer la mise en place du dispositif d'annonce, l'élaboration du PPS, l'intégration des soins à domicile et la coordination avec les acteurs du réseau territorial, ainsi que les relations avec les établissements membres du pôle régional
- D'assurer la traçabilité et les audits internes sur les activités cancérologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement
- D'assurer la coordination d'initiatives telles que la mise en œuvre de structures d'informations et de soutien des patients.

5- Activité hospitalière en cancérologie

En 2017, 1.2 million de personnes ont été hospitalisées dans un établissement MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) pour une cause en lien avec le cancer (diagnostic, traitement, surveillance) ; soit une augmentation de 10 % par rapport à 2012. Plus de la moitié de ces patients étaient traités pour un cancer digestif, du sein ou cutané. (19)

L'activité de cancérologie représente près d'un quart de l'activité hospitalière globale (48.8% de séances, 9.8% d'hospitalisation ambulatoires, 13.8% d'hospitalisations complètes). (2)

L'Age médian des patients traités pour cancer était de 68 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes en 2015.

En 2017 dans les établissements de court séjour : 2 709 710 séances et 256 980 séjours de chimiothérapie. L'activité de chimiothérapie représente 40.8% des prise en charge pour cancer dans les centres MCO. (12)

6- Dépenses

Les dépenses en lien avec le cancer (diagnostic, traitement, suivi) sont estimées à 5.8 *10⁹ euros.

La part des dépenses relative aux molécules anticancéreuses est de 1.7*10⁹ euros ; soit une hausse d'environ 6.2% par rapport à 2014.(2) (20)

C- Rôle historique du médecin généraliste

1- Définition

La médecine générale est une spécialité médicale prenant en charge le suivi durable, le bien-être et les soins médicaux généraux primaires d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier.

Les médecins généralistes, sont également nommés médecins de famille ou omnipraticiens.

Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation des soins à visée curative et palliative.

Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins.

Le médecin généraliste est habituellement le premier contact avec le système de soins.

2- WONCA 2002- Définition européenne de la médecine générale

Selon la société européenne de la médecine générale/médecine de famille (WONCA), il est vital que le rôle complexe et essentiel du médecin généraliste au sein des systèmes de santé soit parfaitement compris non seulement par le corps médical mais également par les professionnels associés à la médecine.(21)

Cette société considère également que les médecins généralistes possèdent un haut niveau de formation et qu'ils fournissent des soins plus rentables et efficaces au niveau clinique en comparaison à des systèmes moins orientés vers les soins primaires.(21)

La définition rapportée par la WONCA est la suivante :

« La médecine générale/médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. »

Dans ce même rapport la WONCA définit 11 caractéristiques de la médecine générale :

- 1- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- 2- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- 3- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.
- 4- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- 5- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- 6- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- 7- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- 8- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- 9- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- 10- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- 11- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Six compétences fondamentales découlent de ces caractéristiques :

- La gestion des soins de santé primaires
- Les soins centrés sur la personne
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- L'approche globale
- L'orientation communautaire
- L'adoption d'un modèle holistique

3- Arrête du 3 février 2005 (22) (23)

L'arrête du 3 février 2005 portant sur l'approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, a défini plus précisément la place du médecin traitant dans le système de santé et a précisé ses fonctions.

Ainsi :

« Les médecins traitants se coordonnent avec les autres professionnels et services participant aux soins de leurs patients. Leurs interventions contribuent à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population. Par leur fonction de conseil et d'orientation, les médecins traitants participent activement à la bonne utilisation du système de soins par leurs patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés. Leur relation de proximité avec leurs patients les situe également au cœur du développement de la prévention. Les parties signataires s'engagent à renforcer leur rôle dans ce domaine notamment en développant la dimension « santé publique » dans l'offre de formation continue conventionnelle et en favorisant la participation des médecins traitants aux programmes de prévention ».

Les missions du médecin traitant sont donc les suivantes :

- Assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- Orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- Assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé ;
- Contribuer à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ;
- Favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le DMP (dossier médical patient) ;
- Apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

D- Historique de la lutte contre le cancer

1- Les premiers Etats généraux du cancer (1998) (24)

Imaginé par la Ligue nationale contre le cancer, les premiers Etats généraux des malades atteints de cancer ont eu lieu en décembre 1998.

Ils se sont placés comme le porte-parole des malades pour exprimer leurs attentes et leurs besoins (1200 malades venus de toute la France et exprimant tour à tour leurs doléances).

Selon le président de la Ligue nationale contre le cancer, Henri Pujol : « On ne lutte pas contre une maladie abstraite, on lutte pour des individus atteints de cancer. L'espérance de survie s'allonge et l'espoir d'une guérison s'accroît. La société doit en tirer les conséquences : plus on guérit de gens, plus on doit se préoccuper des conditions de vie pendant et après la maladie ».

Les 11 propositions découlant de cette manifestation sont les suivantes : (25)

- Renforcer l'implication des citoyens dans les politiques de prévention et la promotion de la santé
- Créer un dispositif d'information numérique national de référence visant à informer et à sensibiliser les individus et les populations à l'exposition aux risques
- Promouvoir dès le plus jeune âge et tout au long de la scolarité, les comportements favorables à la santé
- Permettre à chacun de connaître les facteurs de risque auxquels il a été exposé tout au long de sa vie
- Réduire les inégalités d'accès à la prévention
- Professionnaliser et reconnaître les acteurs de la prévention
- Intégrer un volet prévention des cancers dans toutes les politiques publiques, aux différents niveaux territoriaux
- Créer un cadre réglementaire favorable à la prévention et permettant d'aller vers une dénormalisation des principaux facteurs de risque et des causes de cancers que sont l'alcool et le tabac
- Renforcer la recherche sur les déterminants des risques de cancer
- Développer une politique ambitieuse de lutte contre les cancers viro-induits
- Prévenir les conséquences néfastes de l'après cancer liées à des expositions à des facteurs de risque

2- Charte de Paris (2000) (26)

La Charte de Paris contre le cancer signée le quatre février 2000 à la suite du « Sommet Mondial Contre le Cancer pour le Nouveau Millénaire » a mis l'accent sur le rythme rapidement croissant de l'incidence du cancer et a appelé à la mobilisation de manière à améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer tout en accroissant leurs chances de survie.

Ce texte fondateur reconnaît la lutte contre le cancer comme une priorité internationale de santé publique.

3- Hôpital, patients, santé, territoire (HPST) (27) (28)

La loi HPST promulguée le 21 juillet 2009 affiche l'ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend 4 titres consacrés respectivement à l'Hôpital, à la répartition des médecins et l'accès aux soins de ville ; aux mesures de santé publique et à la prévention et enfin à la création des agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Cette loi prévoyait également le renforcement de la coopération entre professionnels de santé.(29)

4- Plans cancer

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

→ Plan cancer 2003-2007 (30)

Lancé le 24 mars 2003 par le Président de la République, le premier plan cancer a créé une dynamique et une impulsion dans la lutte contre le cancer en France et dans la prise en charge des malades.(31)

« Le cancer, c'est un véritable drame national qui exige un effort considérable de recherche, de prévention et de dépistage, un effort de traitement, y compris de soutien psychologique de la maladie ». (32)

Il comprend 6 chapitres opérationnels et prioritaires : prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre, et découvrir ; pour un but unique, celui de vaincre la maladie et de se battre pour la vie.

Un des points principaux évoqués était de coordonner systématiquement les soins en ville et à l'hôpital autour du patient.

A la suite de ce premier plan cancer, 7 cancéropôles ont été mis en place de manière à accélérer la recherche de ces régions.(33) Ces cancéropôles permettent à l'échelle régionale ou inter-régionale une meilleure coordination de la recherche en cancérologie tout en décloisonnant secteurs et disciplines. Ils favorisent également l'émergence de réseaux de recherche multidisciplinaires d'envergure. (34)

L'Institut national du cancer a vu le jour en 2004, 2 ans environ après le lancement du plan cancer, avec pour objectif de constituer la clé d'une meilleure coordination de l'ensemble des intervenants de la lutte contre le cancer. (35)

Une des mesures phares de premier plan cancer est la mesure 33 : faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie.

2 pistes futures :

- Mettre en place un forfait de suivi par le généraliste, couvrant les épisodes inter hospitalier, les traitements à domicile et le suivi post thérapeutique.
- Organiser la participation des médecins généralistes membres du réseau à la concertation multidisciplinaire et l'accès au dossier médical des patients suivis.

→ Plan cancer 2009- 2013 (36)

Le Plan cancer 2009-2013 s'inspire du rapport remis au Président de la République par le Professeur Jean Pierre Grunfeld nommé « Recommandation pour le Plan cancer 2009-2013 ». (37)

Ce plan a ouvert de nouvelles voies tout en consolidant les acquis du plan précédent.

Il est divisé en 5 grands axes :

- Recherche : assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades
- Observation : mieux connaître la réalité des cancers en France
- Prévention et dépistage : prévenir et éviter des cancers ou réduire leur gravité. Un des points présents dans cet axe concerne une implication du médecin généraliste dans les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.
- Soins : garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace. Le renforcement du rôle du généraliste est également évoqué.
- Vivre pendant et après son cancer : améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion ; conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance ; partager les données médicales entre professionnels de santé.

Trois grands thèmes transversaux structurent la stratégie du plan, ils visent :

- A mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre le cancer
- A stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie
- A renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie

Est également évoqué dans ce second plan cancer le renforcement de la coordination entre équipes hospitalières et intervenants de ville (en particulier les médecins généralistes) pour combattre le sentiment de rupture évoqué par les patients.

→ Plan cancer 2014-2019 (38)

La préparation de ce plan a été confié au Professeur Jean Paul Vernant, hématologue et partisan actif de la défense contre les inégalités en matière de soins associés aux cancers.

Selon l'Institut national du cancer le plan cancer 2014-2019 a pour inspiration première de répondre aux besoins et aux attentes des personnes malades, de leurs proches et de l'ensemble des citoyens.

Il s'agit donc de guérir mais également d'accompagner la personne et ses proches et de préparer l'avenir de tous par la recherche et la prévention.

Ce 3^{ème} plan confirme la volonté du gouvernement d'amplifier une nouvelle fois la lutte contre le cancer par des mesures concrètes et un engagement coordonné de tous les acteurs.

Ce plan cancer donne aux médecins généralistes les moyens d'orienter dans des délais rapides vers les équipes spécialisées dès le diagnostic à travers une coordination renforcée entre professionnels hospitalier et professionnels de ville.

Les points relevés en liaison avec les médecins généralistes sont les suivants :

- Renforcer le rôle du médecin généraliste dans l'initiation, la réalisation et le suivi du dépistage
- Sensibiliser le médecin généraliste aux circonstances de découverte des cancers
- Mettre en place dans chaque service hospitalier autorisé pour la lutte contre le cancer... un numéro de téléphone dédié au médecin traitant coordonnant l'équipe de premier recours
- Définir dans chaque établissement... une politique active de diffusion Aux professionnels impliqués (médecins traitants...)
- Définir un nouveau profil professionnel coopérant avec le médecin traitant, l'équipe référente et les autres professionnels de santé, hospitalier ou de proximité
- Passer le relai aux professionnels de premier recours et notamment au médecin traitant
- Coordination accrue entre les professionnels de santé de proximité et les professionnels hospitaliers
- Renforcer le rôle di médecin traitant dans l'initiation, la réalisation et le suivi du dépistage
- Définir des outils ou des actions pour aider les professionnels de santé et notamment les médecins traitants à mieux informer et orienter leurs patients

E- Stades de la maladie en cancérologie selon P.T Williams

En 1994 P.T. Williams (médecin généraliste et Président de l'académie de médecine générale en Ohio) a défini 8 stades de la maladie cancéreuse :

- Le contrôle des facteurs de risques (prévention primaire)
- Le dépistage
- Le diagnostic
- La classification
- Le traitement
- Les soins partagés (coordination entre le médecin généraliste et le spécialiste)
- Le suivi post thérapeutique ou phase de rémission, la prévention tertiaire (prise en charge des complications et prévention des rechutes)
- Les soins palliatifs

F- Outils de communication en Cancérologie

1- Le dossier communiquant en Cancérologie (39)

Le dossier communicant de cancérologie (DCC), a été mis en œuvre et développé par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC), avec l'aide de l'INCa dans le but de partager des données entre les professionnels de santé hospitaliers et le médecin généraliste.

Le DCC a comme objectif le recueil et la transmission informatisés des informations relatives à la prise en charge globale du patient quel que soit le lieu où il poursuit son traitement.

Ce dossier est communiquant, dans la mesure où il est accessible aux médecins hospitaliers et libéraux indiqués par le patient et bien entendu au patient lui-même, ce qui permet d'échanger des données médicales et de gérer les outils et les services nécessaires à l'activité de cancérologie.

Il comporte :

- Le type et le stade du cancer,
- Le compte rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP),
- Le programme personnalisé de soins (PPS),
- Les principaux résultats des examens complémentaires
- Les comptes rendus opératoires et anatomopathologiques,
- Les résumés des séjours hospitaliers.

2- Les réunions de concertation pluridisciplinaire (40) (41)

Les RCP sont des réunions se tenant régulièrement entre professionnels de santé, au cours desquelles se discutent la situation d'un patient, les traitements possibles en fonction des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et les risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. Les RCP rassemblent un minimum de 3 spécialistes différents. De ces réunions découlent les programmes personnalisés de soins (PPS).

Ces réunions sont l'occasion d'échanges entre spécialistes de différentes disciplines.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini les critères de qualité des RCP :

- La pluridisciplinarité (présence d'au moins 3 spécialistes de différentes disciplines)
- Le fonctionnement formalisé (rythme d'au moins 2 réunions par mois, coordonnateur, secrétariat, type de dossier à présenter, référentiels utilisés)
- La présentation de tous les nouveaux dossiers avant traitement, et en cas de modification thérapeutique
- La traçabilité des participants et des propositions thérapeutiques
- L'évaluation régulière de ces réunions pour l'amélioration continue de la qualité et in fine du service rendu aux patients

3- Le Plan Personnalisé de Soins (42) (43)

Le programme/plan personnalisé de soins (PPS) est établi lors de la RCP, il permet de formaliser la proposition de prise en charge thérapeutique du patient.

Ce document reprend les dates des différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Le PPS peut évoluer au fur et à mesure de la prise en charge en fonction de l'état de santé du patient.

Le PPS est une des conditions transversales de qualité.

Le PPS comprend :

- Des informations relatives au malade et à l'établissement de santé (nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, date de la consultation d'annonce et de la remise du programme, coordonnées des médecins référents et de la personne de confiance, coordonnées de l'établissement de santé et du 3C de rattachement)
- Un volet de soins (calendrier prévisionnel de soins et de suivi, plan théorique de traitement et organisation, bilan prévus et fréquence, documents transmis au médecin traitant, propositions de RCP, compte rendu opératoire et d'anatomopathologie, compte rendu d'examens complémentaires, lettre de sortie d'hospitalisation...)
- Un volet social (coordonnées de la personne ayant réalisé le bilan social, informations relatives au bilan, coordonnées de l'assistante sociale référente, consultations réalisées, actions en cours, mesures entreprises)
- Les contacts utiles

II- Point sur la littérature

→ *Interprofessional communication between oncologic specialists and general practitioners on end-of-life issues needs improvement (44)*

Etude qualitative élaborée à partir d'entretiens menés auprès de 16 généralistes et 14 oncologues, s'intéressant à la communication interprofessionnelle ainsi qu'à la coordination entre généralistes et oncologues dans un cadre particulier (fin de vie).

Les résultats mis en avant sont les suivants : communication directe généraliste/oncologue rare, patient souvent considéré comme intermédiaire entre les médecins généralistes et les oncologues, accord commun en ce qui concerne la mise en place d'une relation interprofessionnelle plus précoce (dans ce contexte durant la phase active de traitement).

→ *Shared care involving cancer specialists and primary care providers- What do cancer survivors want ? (45)*

Etude qualitative menée en Australie à partir de discussion de groupe (21 participants : patients survivants du cancer, aidants familiaux, cliniciens), s'appuyant sur le fait essentiel qu'actuellement les données sur les préférences des patients en matière de soins partagés sont limitées.

Dans cette étude les patients ont rapporté qu'ils considéraient comme un fardeau le fait d'être responsable de la transmission des informations entre professionnels de santé, ils souhaitent ainsi changer la façon dont les soins sont menés et s'orienter vers des soins dits partagés (sentiment de sécurité évoqué, sentiment d'être pris en charge globalement). Les points d'améliorations évoqués sont : dossier médical électronique, renforcement de la communication, identification d'une personne à contacter en cas de problèmes.

Pour rappel, les soins partagés évoqués dans cette étude sont ceux définis par la Société Américaine d'oncologie clinique (ASCO) comme « le processus de communication entre spécialiste en oncologie et le prestataire de soins primaires et la transition réussie du patient de l'oncologie à la prise en charge primaire »

→ *Which criteria affect the cooperation between general practitioners and specialists in ambulatory care ? A qualitative study about general practitioner's perception (46)*

Etude qualitative élaborée à partir d'entretiens de médecins généralistes, ayant pour objectif de mettre en avant les facteurs affectant la communication entre généralistes et spécialistes en oncologie. Dans cette étude la coopération entre professionnels de santé est reconnue comme critère essentiel de la qualité des soins.

Les facteurs limitants évoqués sont : manque de temps, manque de moyens de communication en place, absence de référent désigné en cas d'urgence en ville.

→ *General practitioner's perceptions of their rôle in cancer care and factors which influence this rôle (47)*

Etude qualitative menée en Australie avec pour objectif la mise en avant de la perception qu'ont les médecins généralistes de leurs rôles dans la prise en charge des patients traités pour un cancer, ainsi que des facteurs influençant cette perception. En Australie les médecins généralistes sont par ailleurs considérés comme des pivots dans le système de soins.

Sur l'ensemble des praticiens interrogés une grande majorité a rapporté vouloir endosser un rôle plus important dans la prise en charge oncologique ; et la totalité des généralistes qu'une meilleure communication avec les spécialistes serait souhaitable (20 généralistes interrogés au total, motivation pour prendre en charge à long terme les patients si besoin en matière de connaissances pris en compte et si épaulés par les spécialistes).

→ *Oncologists' views on the importance of general practitioners for cancer patients : a qualitative interview study from Germany (48)*

Etude qualitative basée sur des entretiens téléphoniques avec 15 oncologues ayant pour objectif de mettre en évidence l'opinion des spécialistes sur le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des patients cancéreux. Ainsi il découle de ces entretiens que les généralistes sont considérés comme des personnes de confiance par les patients, connaissant leur environnement et l'ensemble des données médicales indispensables (actuelles ou passées) et ayant ainsi un rôle central dans la prise en charge.

- *What role does the general practitioner in France play among cancer patients during the initial treatment phase with intravenous chemotherapy ? A qualitative study (49)*

Etude qualitative multicentrique menée en France ayant pour objectif de déterminer quel est selon les patients le rôle réel des médecins généralistes durant la phase active de traitement par chimiothérapie.

Sur les 50 patients interrogés, nombreux sont ceux qui mettent en exergue la relation de confiance existante avec les généralistes, la disponibilité, la proximité géographique et sociale, ainsi que leur connaissance poussée de leur historique (à la fois personnel et médical). Les motifs de consultation de ville les plus fréquents durant cette période sont les suivants : motif en lien avec le cancer, maladie préexistante, demande administrative, demande d'ordre psychologique, demande d'informations sur les thérapeutiques anti tumorale.

- *Caring for cancer survivors : perspectives of oncologists general practitioners and patients in Italy*

Il s'agit d'une des seules études prenant en compte à la fois le point de vue des patients, des oncologues et des médecins généralistes en ce qui concerne la prise en charge des patients survivants du cancer.

Ainsi les 3 acteurs de cette étude s'accordent à dire qu'il est indispensable que le suivi des patients survivants repose sur une coopération entre généralistes et oncologues renforcée.

III- Objectifs de l'étude

Le médecin généraliste a-t-il sa place dans la prise en charge des patients atteints de cancer en cours de chimiothérapie ? Si la réponse peut paraître évidente pour la plupart des soignants, l'est-elle tout autant pour les patients ?

Durant cette période où s'exercent des remaniements physiques et psychiques sans précédents, quel rôle accorder au médecin généraliste ?

Cette étude vise à mettre en avant la perception qu'ont les médecins généralistes de leurs rôles durant la phase active de traitement de leurs patients sous chimiothérapie. Sont-ils prêts à s'investir davantage dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie ? Quelles difficultés rencontrent-ils dans leur pratique au quotidien ? Comment articulent-ils leurs relations avec les spécialistes ? Sont-ils suffisamment formés et quels sont leurs souhaits en matière d'actualisation de leurs connaissances en cancérologie ?

Ce travail tente également d'identifier les attentes des patients en matière d'implication de leur médecin généraliste durant cette même période et s'intéressera au point de vue de l'oncologue. Les 3 acteurs principaux des soins seront donc mis en avant lors de cette étude.

L'hypothèse soulevée est qu'une prise en charge de proximité par une meilleure intervention des médecins généralistes serait bénéfique pour les patients et éviterait des consultations en urgences.

Dans les études réalisées jusqu'à présent, une grande majorité des médecins généralistes est en accord avec cette proposition. (50) Ils se disent impliqués dans toutes les phases de la maladie cancéreuse (13). Cependant, nombreux sont ceux qui rapportent la perte de vue avec leurs patients durant cette période.

Les patients sont-ils prêts à partager leur temps de soin entre le médecin généraliste et le spécialiste ? Si oui, quelles sont leurs attentes ? Sinon, quelles sont les limites qui poussent les patients à consulter le spécialiste plutôt que le généraliste ?

Quelles propositions permettraient d'améliorer les pratiques tout en remettant le médecin généraliste au centre de la prise en charge des patients sous chimiothérapie ?

IV- Matériel et méthodes

1- Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle, descriptive, prospective, multicentrique.

2- Population étudiée

Les médecins généralistes retenus sont ceux exerçant dans la région Provence Alpes Côte d'Azur. Les médecins généralistes référents des patients interrogés ont été exclus de l'étude.

Les patients ont été sélectionnés dans 3 Hôpitaux de Jour :

- Hôpital Timone, service d'oncologie digestive du Professeur SEITZ
- Hôpital Timone, service d'oncologie médicale du Professeur DUFFAUD
- Hôpital Nord, service d'oncologie multidisciplinaire et innovations thérapeutiques du Professeur BARLESI

Les oncologues interrogés appartenaient aux services de cancérologie de la région Provence Alpes Côte d'Azur (Hôpital de la Timone, Hôpital Nord, Institut Paoli Calmettes ...).

3- Critères inclusion/exclusion

Ont été inclus l'ensemble des patients majeurs et volontaires en cours de chimiothérapie dans un des trois hôpitaux de jour cités précédemment. Il n'y avait pas de critère de sélection en lien avec l'âge ou le sexe.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Patients mineurs
- Patient étranger ou ayant un médecin généraliste référent non domicilié en France
- Difficultés de compréhension/expression/écriture de la langue française
- Première cure de chimiothérapie

4- Elaboration des questionnaires

Les questionnaires ont été élaborés courant 2018. Ils ont été distribués entre janvier et mai 2019.

Les questionnaires sont composés de 14 questions pour les médecins généralistes, 12 questions pour les patients et 9 questions pour les oncologues. Il s'agit principalement de questions avec réponses à choix multiples ou réponses courtes.

5- Méthode de diffusion des questionnaires et de recueil des données

Les questionnaires destinés aux patients ont été déposés dans les différents hôpitaux de jour d'oncologie et distribués par les médecins exerçant dans ces services.

Plusieurs méthodes de diffusion ont été utilisées pour les questionnaires destinés aux médecins généralistes (envoi postal à partir des Pages Jaunes, par email, lien google doc, démarche directe dans les cabinets médicaux ou contacts téléphoniques).

De nombreux obstacles ont été relevés lors de la diffusion aux généralistes : départ en retraite, adresse incorrecte, refus de participation, absence de réponse au courrier/mail malgré accord initial pour la participation.

Des relances ont été effectuées en cas de non-réponse.

Les questionnaires destinés aux oncologues ont été distribués directement dans les services ou envoyés via email (lien google).

Les données des questionnaires ont été intégrées dans des tableaux Excel et soumises à analyses statistiques.

Le seuil de significativité des différents tests statistiques a été fixé à 5% en ce qui concerne le risque de première espèce.

6- Moteurs de recherche

Les moteurs de recherche utilisés sont les suivants :

- Pubmed
- Catalogue de thèses
- Google

Mots clés de recherche Pubmed : general practitioners, neoplasm, oncologist, cancer survivor, cooperation, health care, primary care providers

V- Résultats

1- Taux de participation

Plus de 200 médecins généralistes de la région ont été contactés, 57 ont répondu au questionnaire soit **un taux de participation estimé à 28.5%**.

En ce qui concerne les oncologues, 29 questionnaires ont été remplis sur la centaine d'oncologues contactés.

56 patients ont accepté de répondre au questionnaire proposé.

Tableau 1 : Répartition des questionnaires

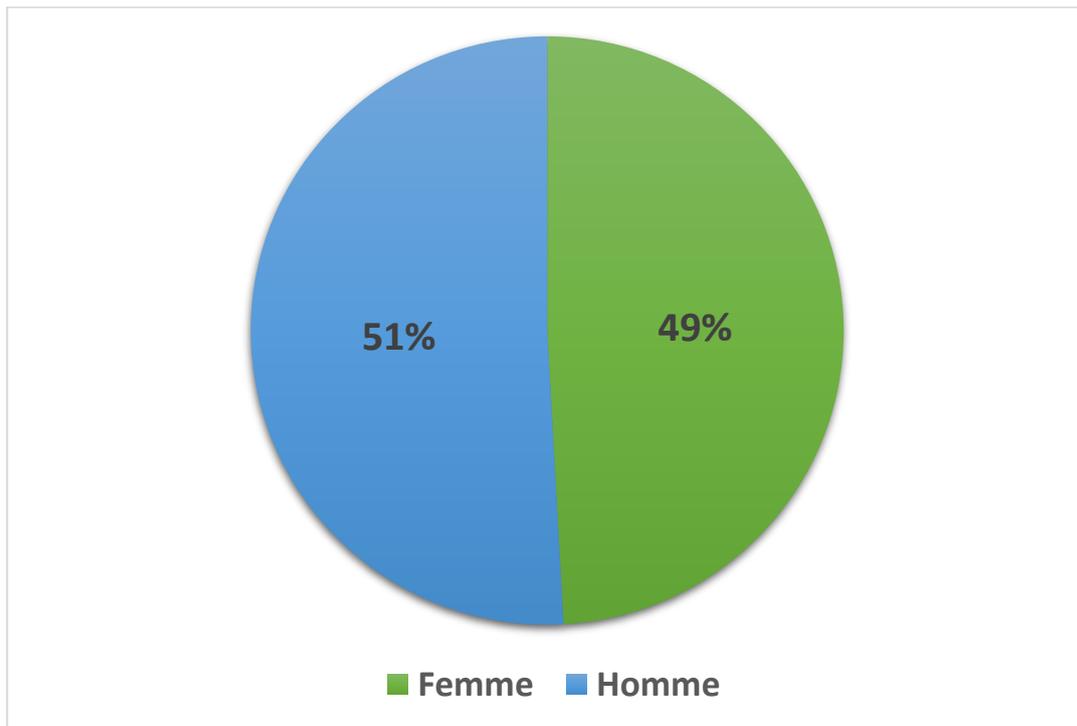
| Personnes interrogées | Oncologues | Généralistes | Patients |
|----------------------------------|------------|--------------|----------|
| Nombre de questionnaires remplis | 29 | 57 | 56 |

Tableau 2 : Mode de récupération des questionnaires destinés aux médecins généralistes

| Voies de récupération des questionnaires | Mail | Questionnaire google | Courrier Contact direct | Total |
|--|------|----------------------|-------------------------|-------|
| Nombre | 5 | 14 | 38 | 57 |

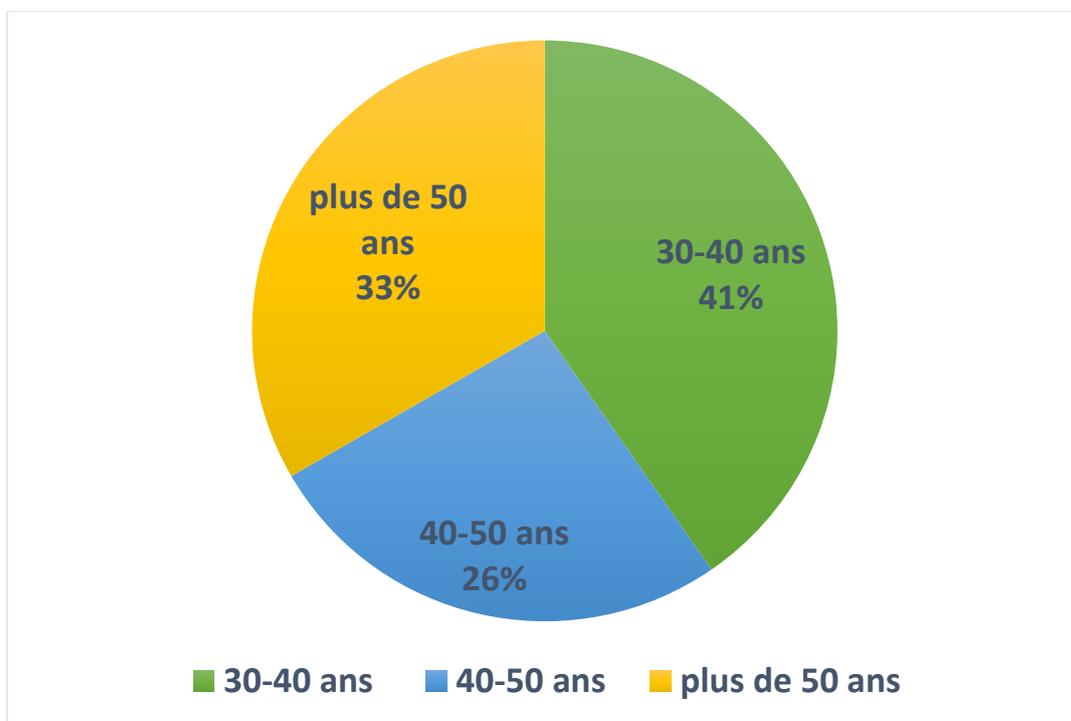
2- Caractéristiques des populations étudiées
- Médecins généralistes

Figure 1 : Répartition des médecins généralistes par sexe :



La répartition homme/ femme des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire est globalement équitable avec 51% d'hommes et 49% de femmes.

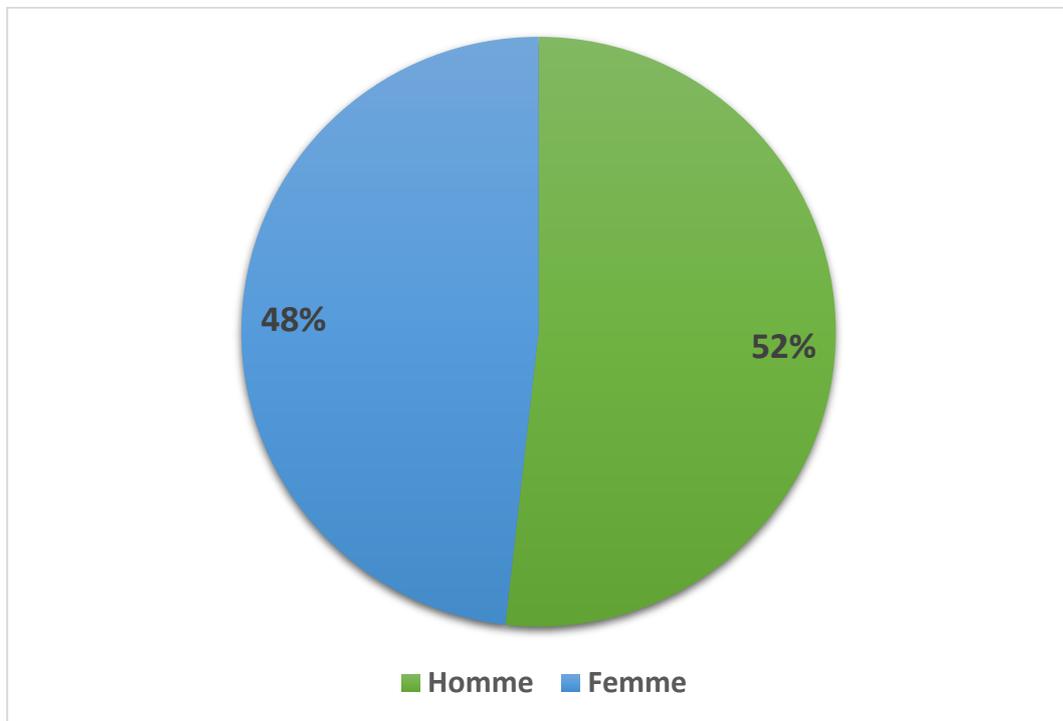
Figure 2 : Répartition des médecins généralistes par tranches d'âge :



Une majorité des généralistes interrogés se situent dans la tranche 30- 40 ans (41%)

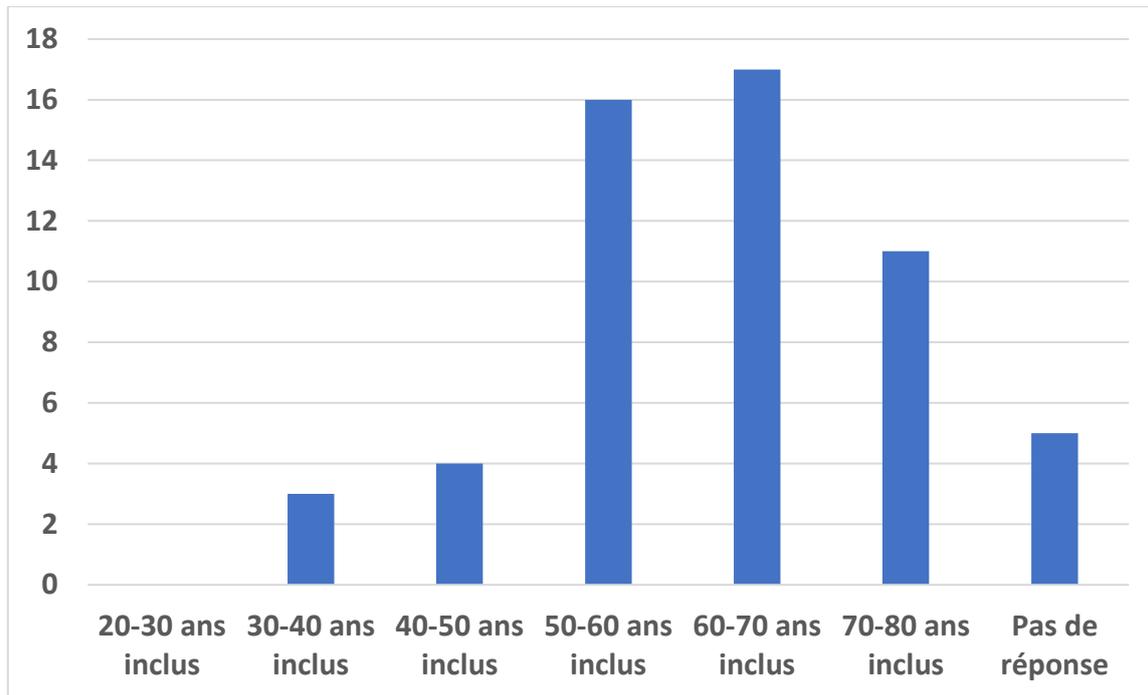
- Patients

Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe :



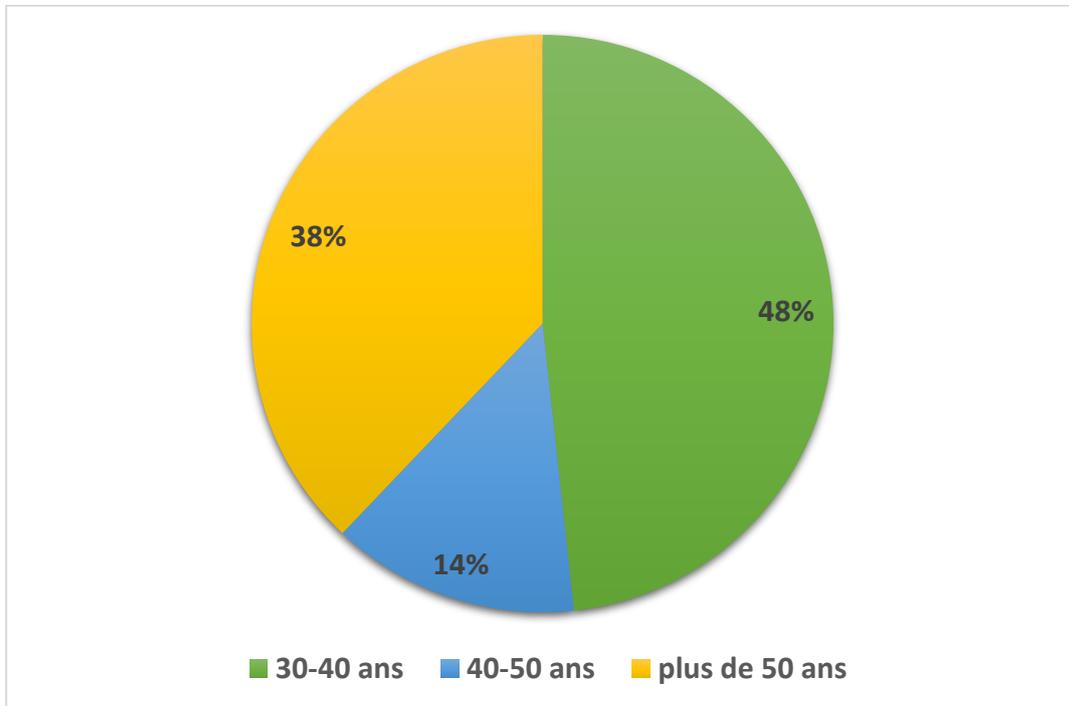
Les patients ayant accepté de répondre au questionnaire sont répartis de manière équivalente entre les 2 sexes, et appartiennent en grande partie aux tranches d'âge 50-60 ans et 60- 70 ans.

Figure 4 : Répartition des patients par tranches d'âge :



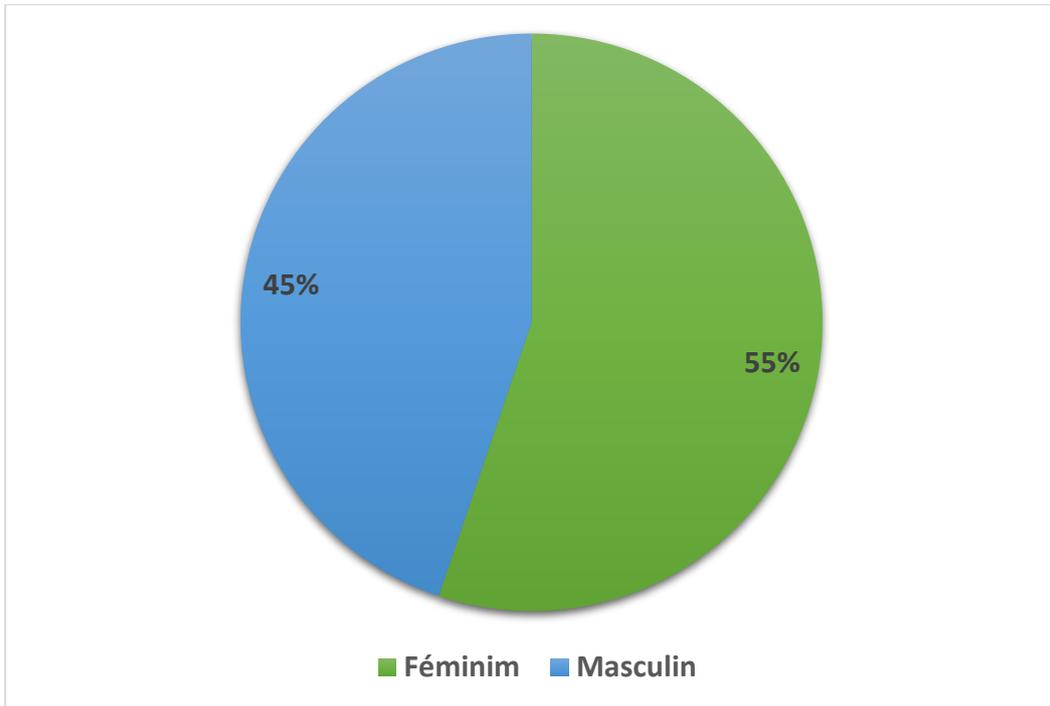
- Oncologues

Figure 5 : Répartition des oncologues par tranches d'âge :



La répartition des oncologues par tranches d'âges est plus éclectique, avec 48% d'oncologues entre 30 et 40 ans, 38% de plus de 50 ans, 14% entre 40 et 50 ans.

Figure 6 : Répartition des oncologues selon le sexe :



- 3- Spécificités des populations
- Médecins généralistes

Figure 7 : Répartition des généralistes par mode d'exercice :

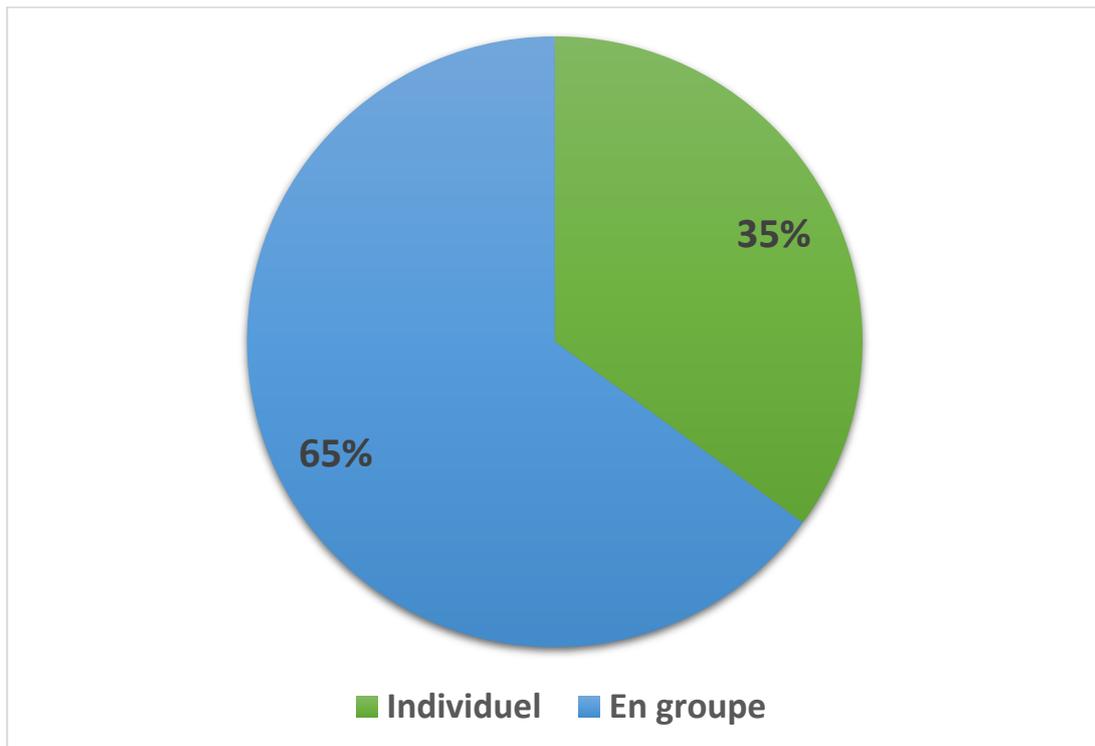
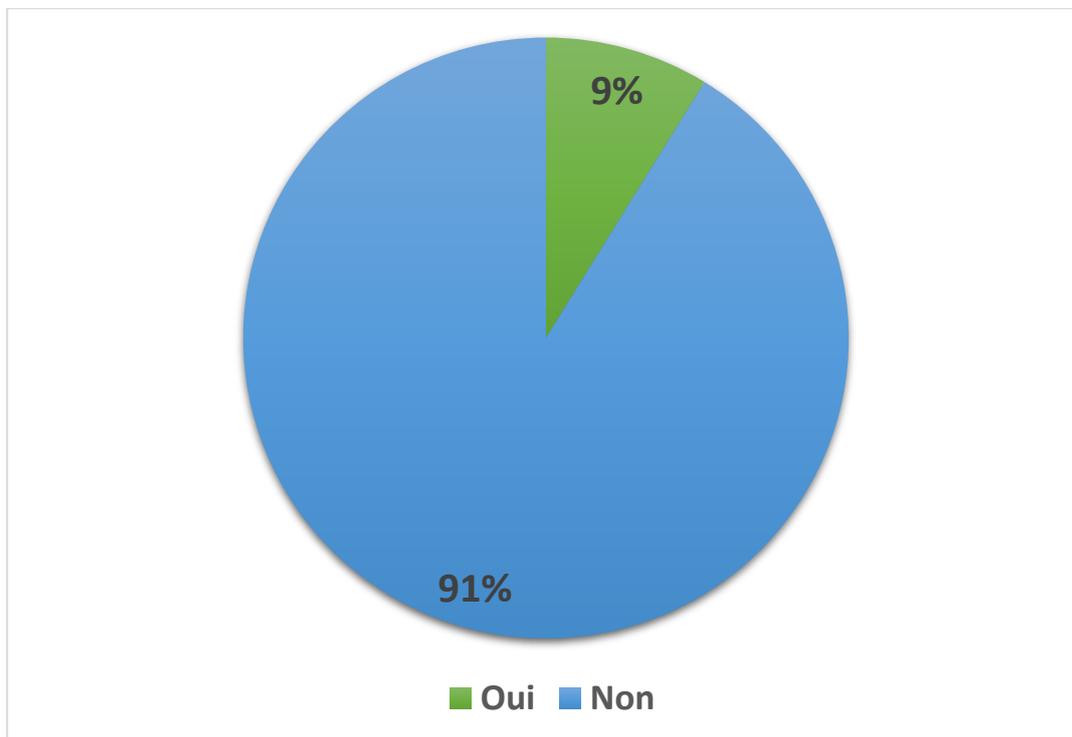


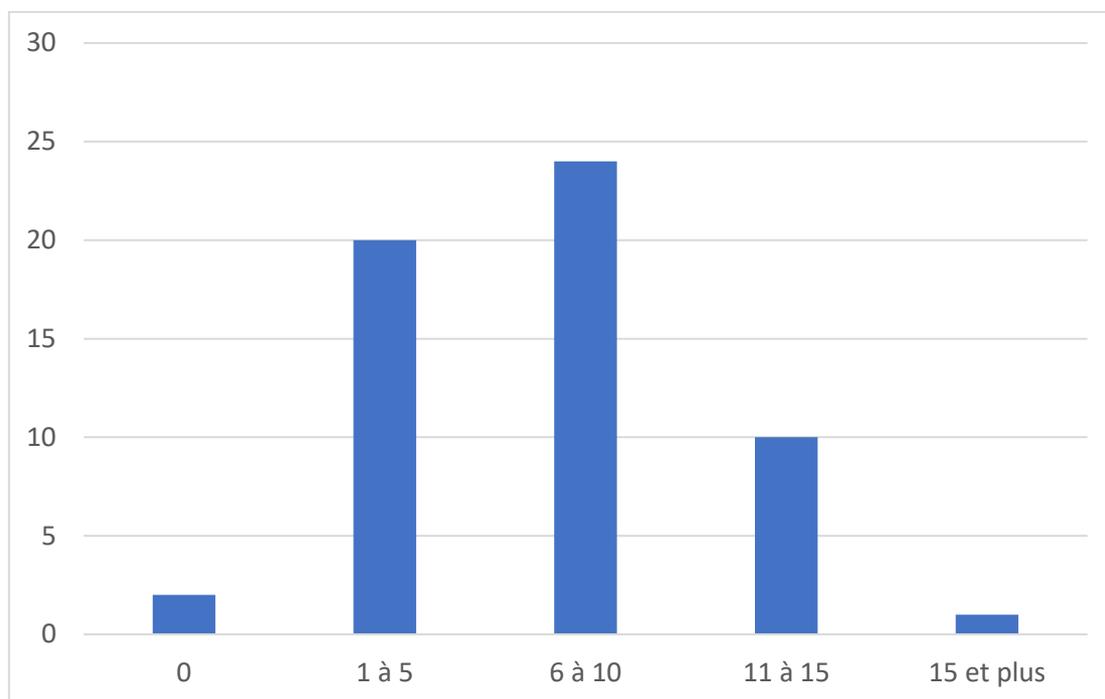
Figure 8 : Appartenance des généralistes à un réseau de Cancérologie :



Le mode d'exercice est dominé à 65% par l'exercice en cabinet de groupe.

Peu nombreux sont les médecins généralistes appartenant à un réseau de cancérologie (5 généralistes soit 9% des répondants).

Figure 9 : Nombre de patients sous chimiothérapie actuellement suivis par les généralistes interrogés :



Pour une grande majorité des généralistes interrogés, le nombre de patients suivi sous chimiothérapie se situe entre 1 et 5 (20 généralistes) ou entre 6 et 10 (24 généralistes).

Seuls 2 médecins généralistes sur les 57 répondants, ne suivent aucun patient sous chimiothérapie.

- Patients

Figure 10 : Distance entre le domicile des patients et l'Hôpital (en km) :

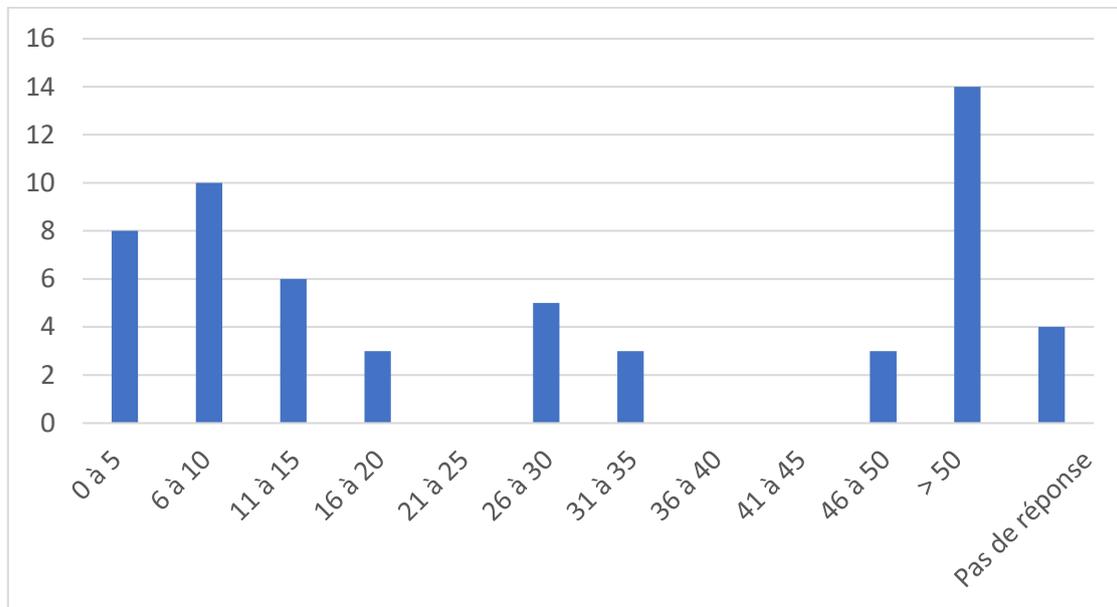
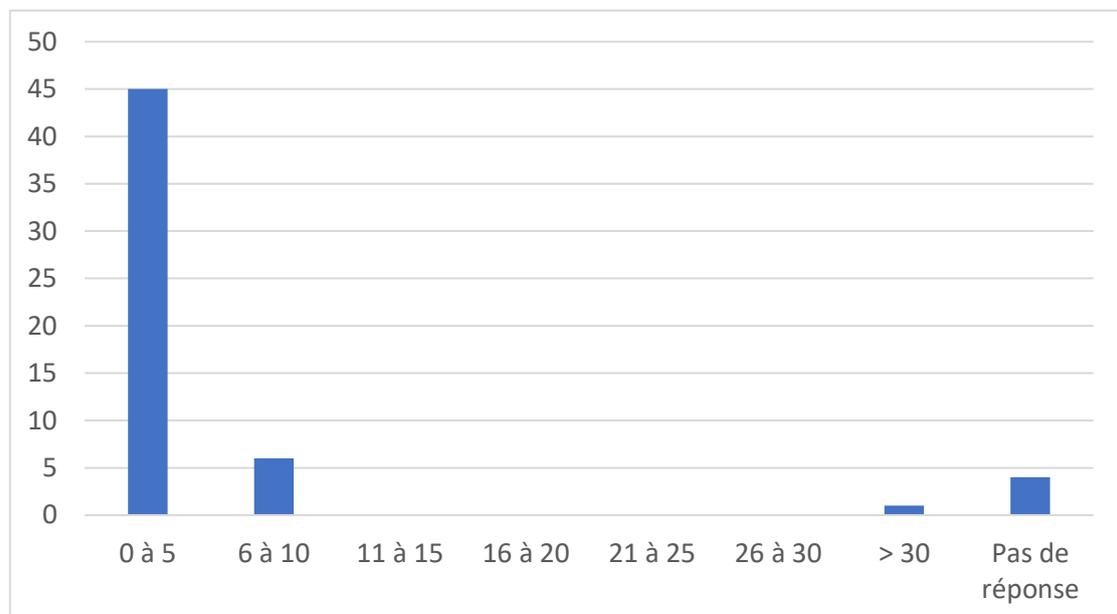


Figure 11 : Distance entre le domicile des patients et le médecin généraliste référent (en km) :



La distance domicile/ cabinet du médecin généraliste référent est bien inférieure à celle entre le domicile et l'Hôpital.

Figure 12 : Nombre actuel de cures effectuées :

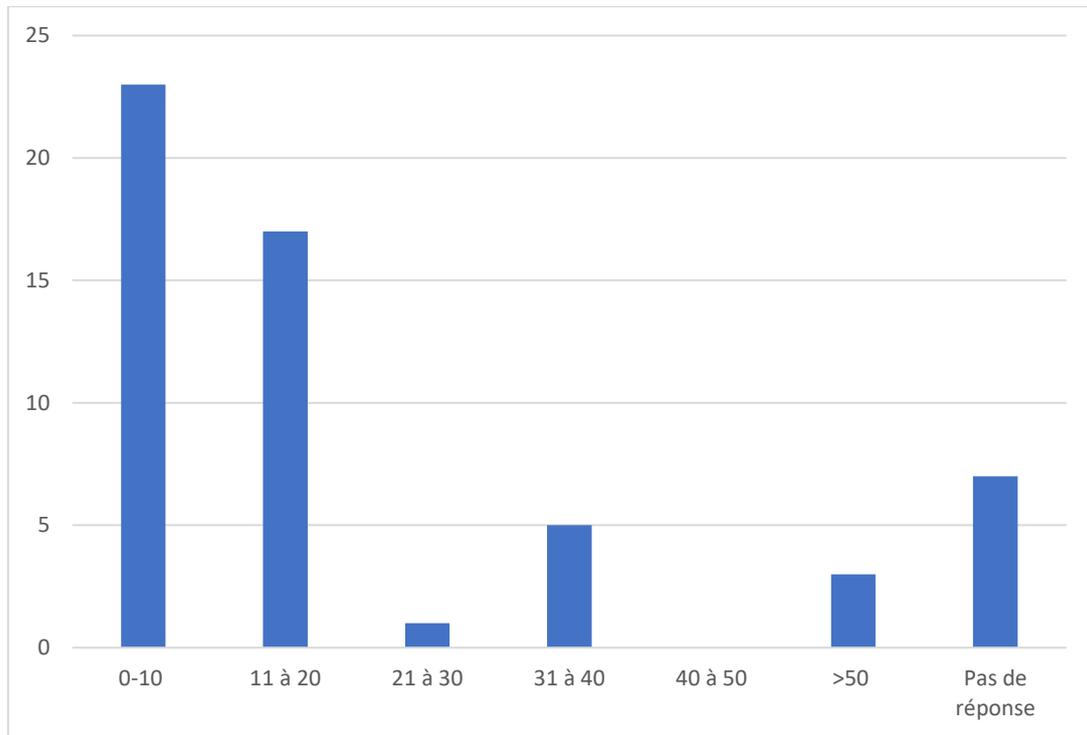
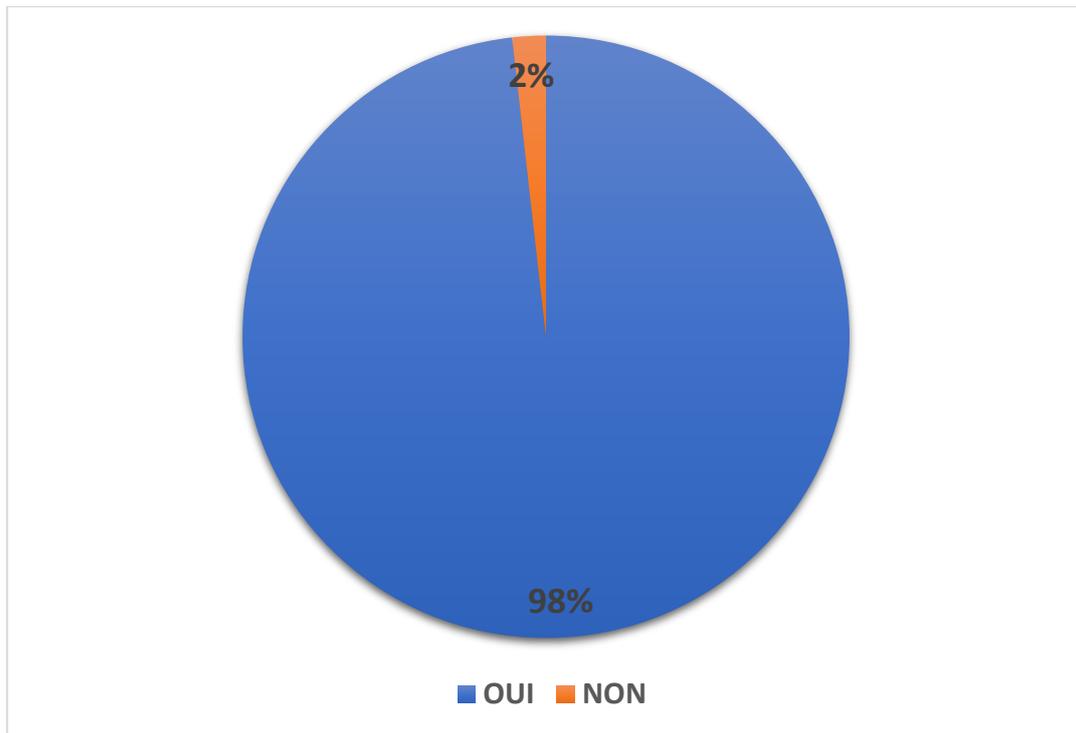


Figure 13 : Existence d'un médecin généraliste avant le début de la chimiothérapie :



Pour 98% des patients interrogés, il existait un médecin généraliste référent avant le début de la chimiothérapie. Pour la plupart de ces patients, il s'agissait d'un suivi de longue date (entre 3 et 5 ans pour 15 patients, entre 5 et 10 ans pour 11 patients et plus de 10 ans pour 20 patients sur les 56 interrogés).

Figure 14 : Durée du suivi par le médecin généraliste avant la chimiothérapie :

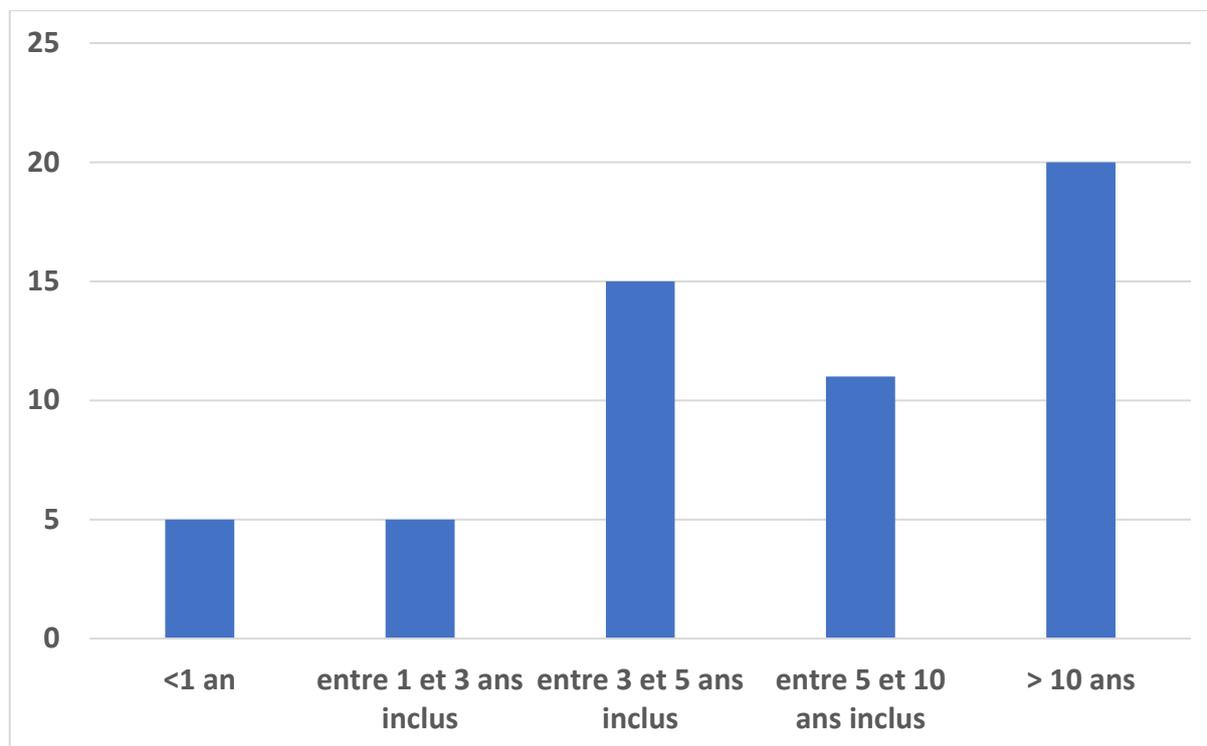


Figure 15 : Fréquence des consultations chez le médecin généraliste **avant** le début de la chimiothérapie :

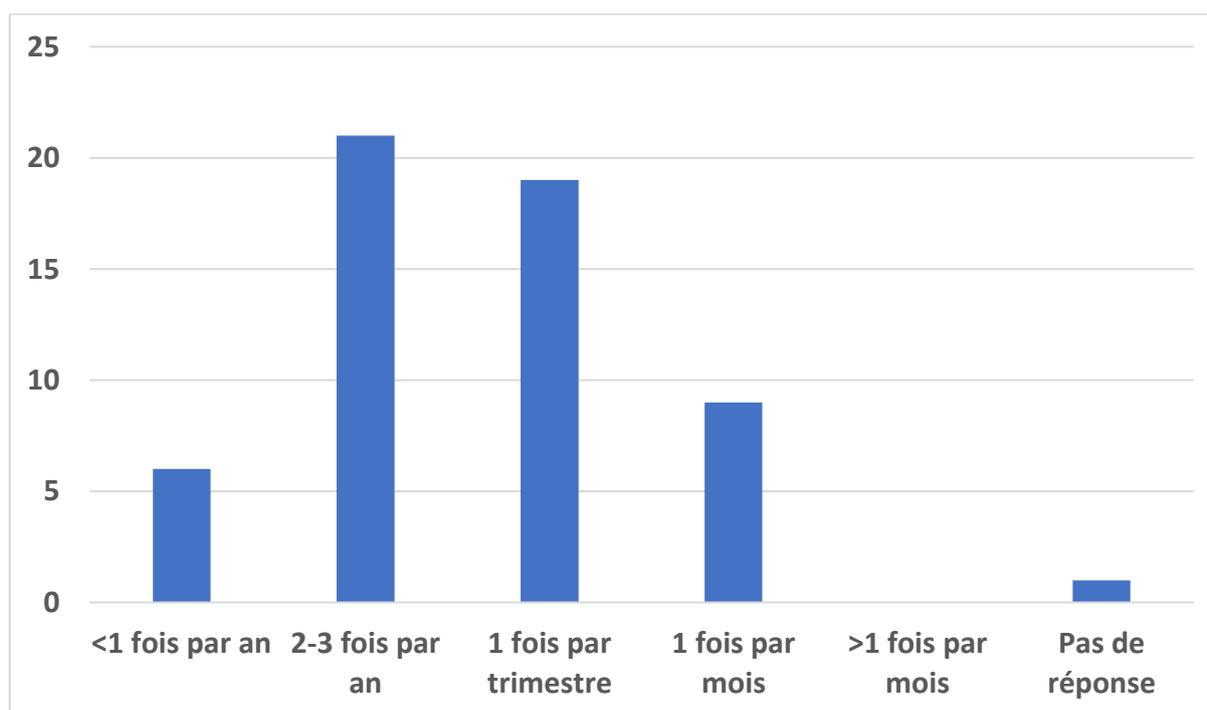


Figure 16 : Participation du médecin généraliste au diagnostic de cancer :

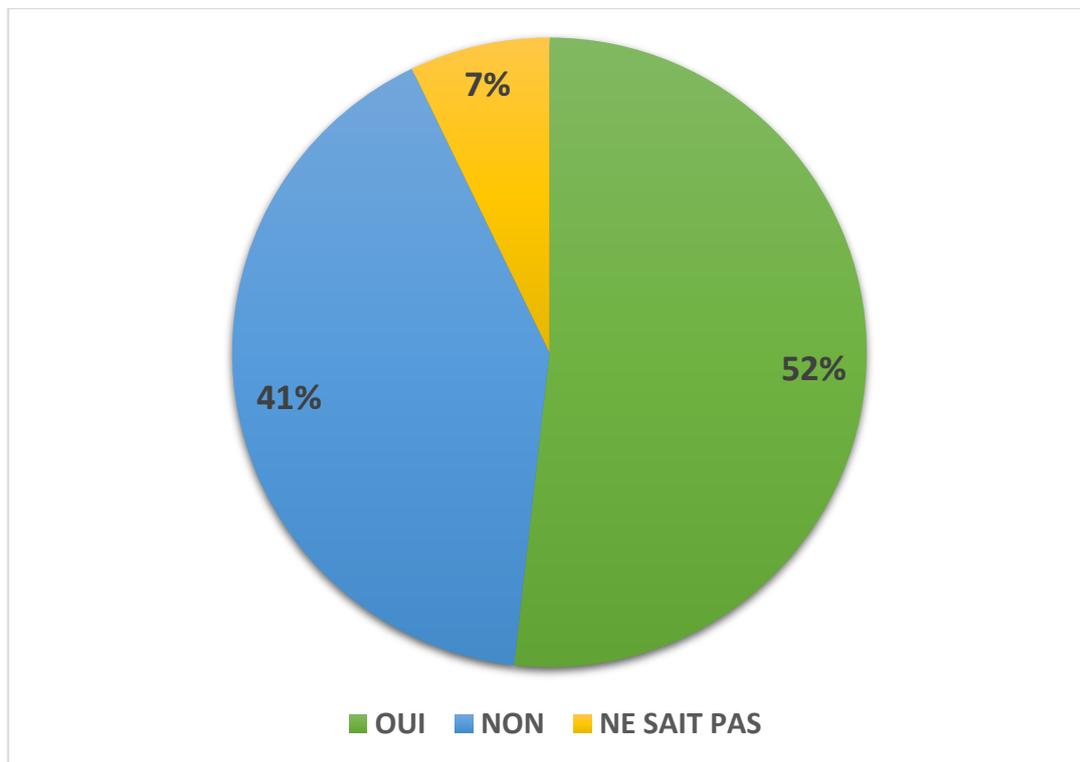
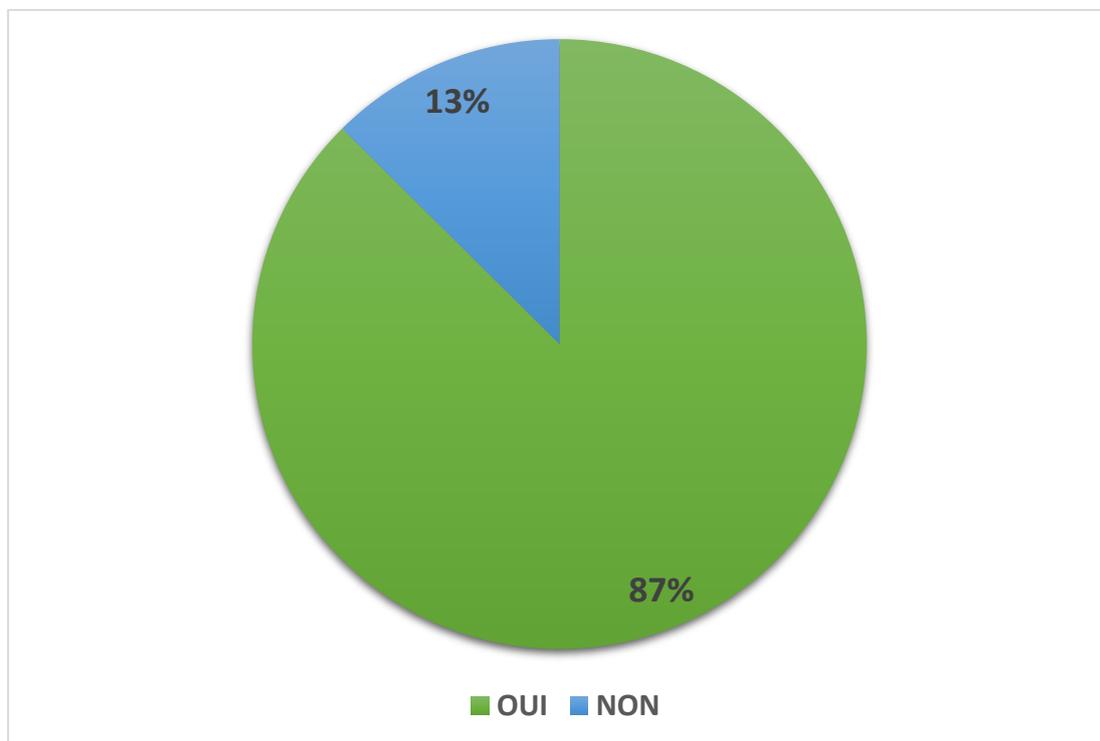


Figure 17 : Consultation du médecin généraliste depuis le début de la chimiothérapie :



87% des patients affirment avoir consulté leur médecin généraliste depuis le début de la chimiothérapie. En comparant la fréquence des consultations chez le généraliste référent avant puis après le début de la chimiothérapie, on constate qu'il n'existe pas de franche modification.

Figure 18 : Fréquence des consultations chez le médecin généraliste **après** le début de la chimiothérapie :

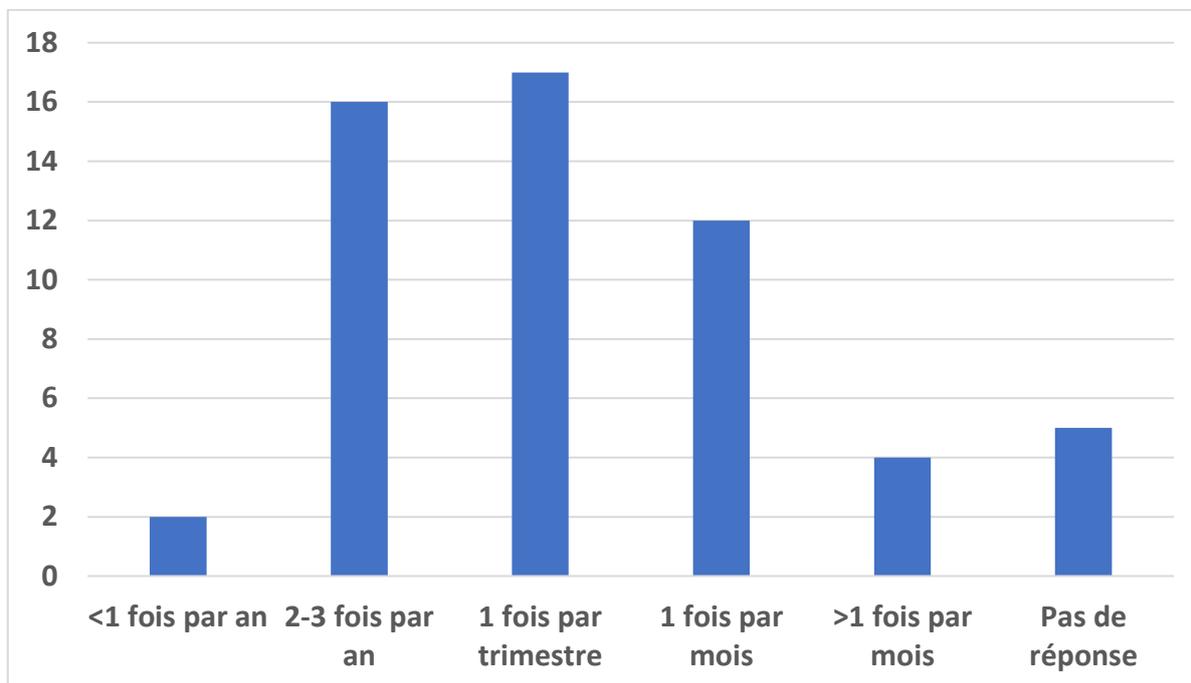
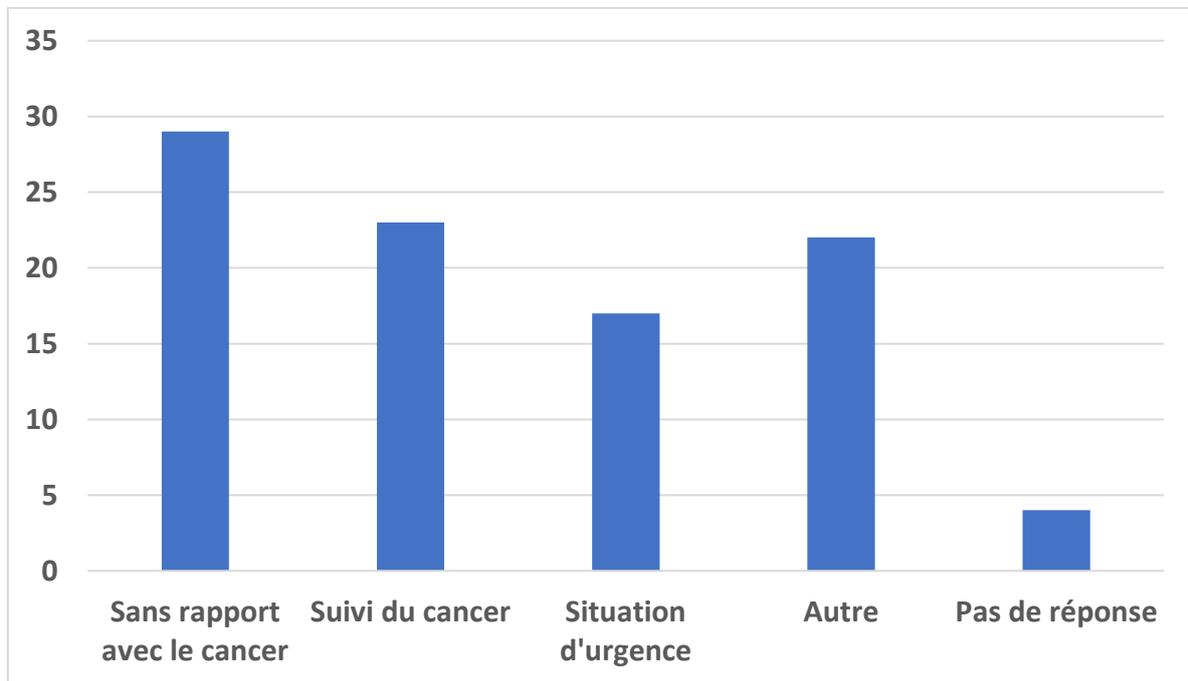


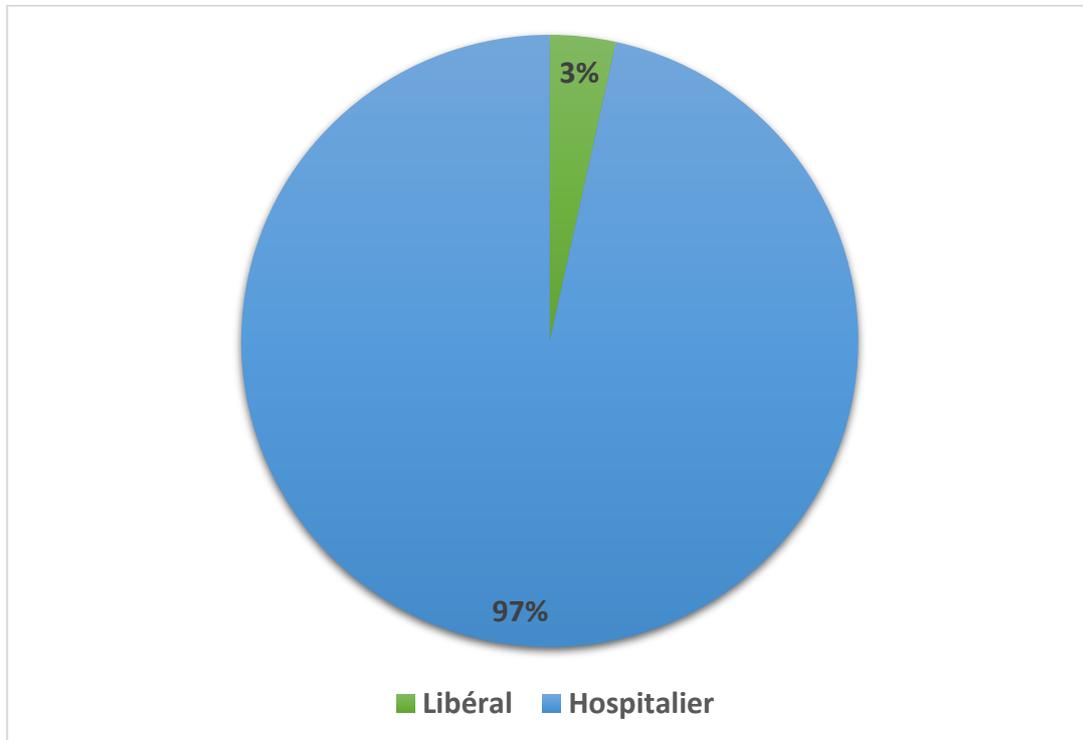
Figure 19 : Motifs de consultation après le début de la chimiothérapie :



Les motifs de consultation durant la phase active de traitement sont variés et concernent aussi bien le suivi du cancer que des motifs sans lien direct avec le cancer.

- Oncologues

Figure 20 : Répartition des oncologues par mode d'exercice :



Le mode d'exercice principal retrouvé sur le panel des oncologues répondants est celui d'un exercice hospitalier.

4- Réponses aux questionnaires

- Médecins généralistes

Tableau 3 : Communication ville/Hôpital notée de 1 à 5, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure

| Communication Hôpital/Ville | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------|---|----|----|---|---|
| | 8 | 28 | 13 | 8 | 0 |

Pour 28 des 57 médecins généralistes, la communication ville/ Hôpital est mauvaise, avec une note attribuée de 2/5. Pour 13 des 57 répondants, la note attribuée est de 3/5. Aucun des généralistes interrogés n'a jugé que la communication était excellente (5/5).

Les médecins généralistes ont parfois l'impression d'être à l'écart des décisions, plus de la moitié des médecins répondant souhaiterait être associé de manière plus importante au parcours de soins (décisions thérapeutiques, entrée/sortie d'hospitalisation, entrée dans le circuit des soins palliatifs).

Tableau 4 : Disponibilité des spécialistes, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure

| Disponibilité des spécialistes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------|---|----|----|---|---|
| | 9 | 20 | 18 | 8 | 2 |

La répartition des réponses concernant la disponibilité des spécialistes est globalement similaire avec une majorité des généralistes attribuant la note de 2/5 (20 médecins) ou de 3/5 (18 médecins).

Tableau 5 : Fréquence des échanges entre spécialistes et médecins généralistes, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure

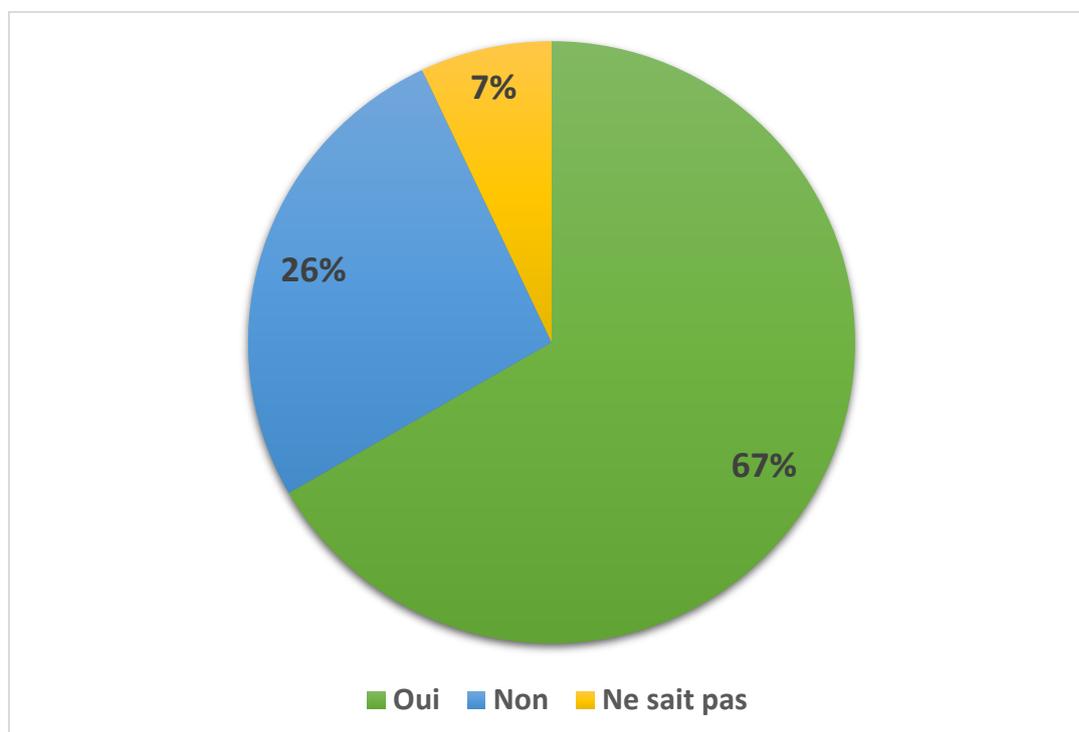
| Fréquence des échanges | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------|----|----|---|---|---|
| | 16 | 27 | 7 | 7 | 0 |

Tableau 6 : Qualité des échanges et des informations transmises, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure

| Qualité des échanges | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------|---|---|----|----|---|
| | 2 | 2 | 10 | 34 | 9 |

La tendance retrouvée au fil des questionnaires est donc la suivante : échanges certes peu fréquents (note attribuée de 1/5 par 16 généralistes et de 2/5 par 27 généralistes) mais de bonne qualité (34 généralistes ayant attribué une note de 4/5).

Figure 21 : Souhait des médecins généralistes d'une implication plus grande dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie :



Sur les 57 généralistes répondant au questionnaire, 38 d'entre eux (soit 67%) seraient favorable à une implication plus grande dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie.

Les médecins généralistes ne souhaitant pas s'impliquer d'avantage sont majoritairement des généralistes en fin de carrière correspondant à la tranche plus de 50 ans (« Je suis bientôt à la retraite je préfère consacrer mon temps à d'autres choses » « Je n'ai plus la patience pour m'impliquer là-dedans »).

Tableau 7 : Contraintes rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie :

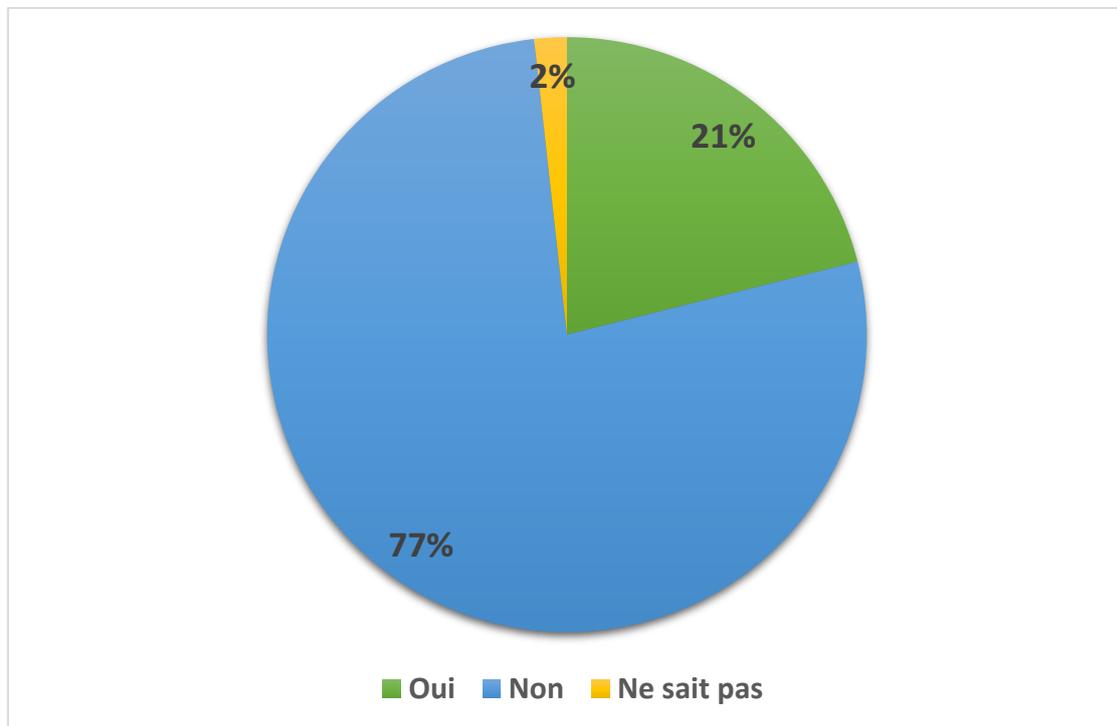
| | |
|---|----|
| Aucune | 6 |
| Manque de temps | 26 |
| Implication émotionnelle élevée | 2 |
| Nécessité de visites au domicile | 12 |
| Nécessité d'être joignable | 13 |
| Gestion de situations d'urgence | 14 |
| Difficulté de coordination des soins | 23 |
| Absence de rémunération | 10 |
| Absence d'informations sur les formations disponibles | 22 |

Les principales contraintes à une plus grande implication dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie rapportées par les médecins généralistes sont les suivantes : manque de temps (45.6%), difficultés dans la coordination des soins (40.3%), absence d'informations sur les formations disponibles (38.6%).

Sur un second plan on retrouve la nécessité de visites au domicile (21%), la nécessité d'être joignable (22.8%), la gestion des situations d'urgence (24.6%).

Rares sont les médecins généralistes à évoquer une implication émotionnelle élevée, ou le manque de rémunération.

Figure 22 : Compétences actuelles permettant une prise en charge globale optimale des patients sous chimiothérapie :



A la question « Pensez-vous que vos compétences actuelles vous permettent une prise en charge globale et optimale des patients sous chimiothérapie ? », la majorité (77%) des généralistes ont répondu « Non ».

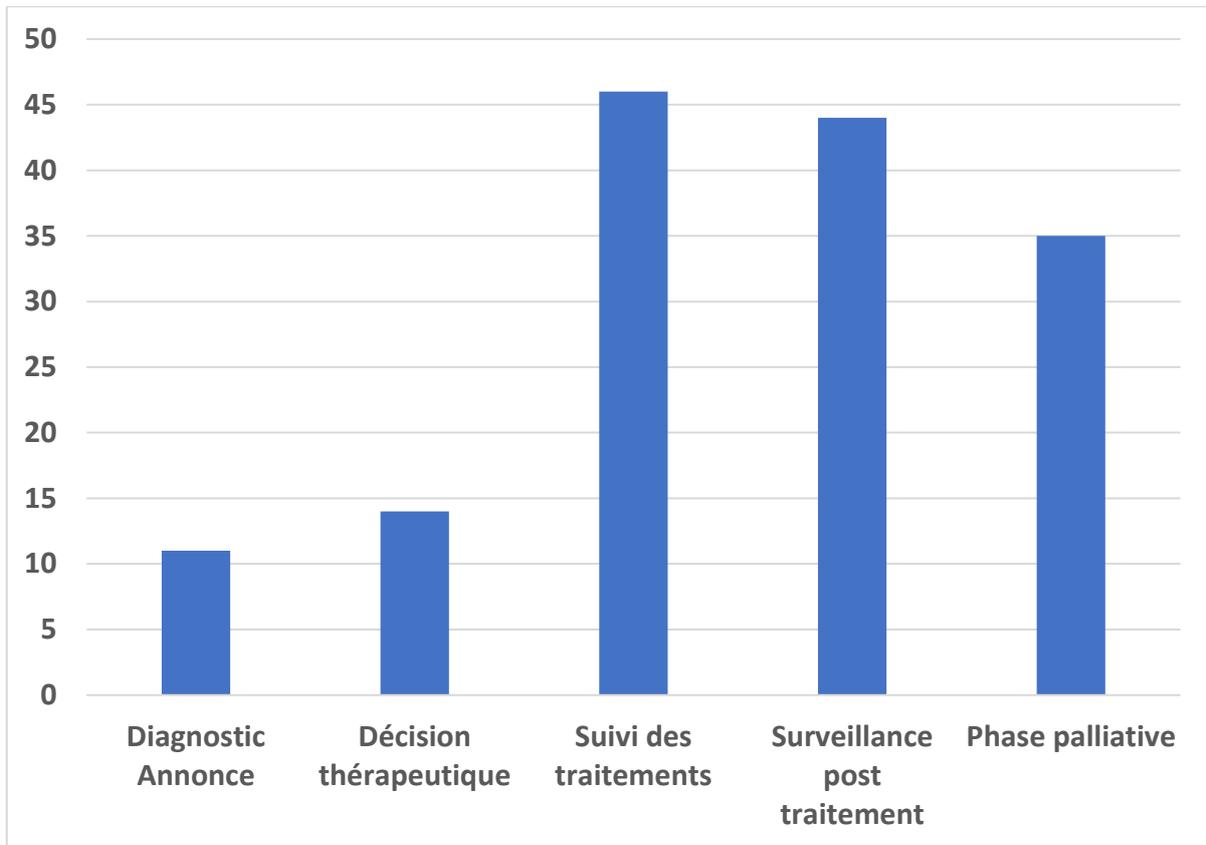
Figure 23 : Intérêt pour les formations spécifiques en cancérologie :



A la question « Seriez-vous intéressé par des formations spécifiques sur le thème de la cancérologie ? », la réponse est sans appel puisque 93% des généralistes ont répondu « Oui ».

Certains des généralistes considérant que leurs compétences actuelles permettent une prise en charge optimale des patients sous chimiothérapie souhaitent donc également effectuer des formations spécifiques (raisons évoquées : perfectionnement des connaissances ou mise à jour des informations sur les thérapeutiques anti-cancéreuse).

Figure 24 : Thèmes souhaités pour les formations spécifiques en cancérologie :



Les principaux thèmes de formation intéressant les généralistes sont les suivants : le suivi des traitements (46 généralistes sur 57), la surveillance post traitement (44 généralistes sur 57) ainsi que la phase palliative (35 généralistes sur 57).

- Patients

Figure 25 : Mode de prise en charge actuel des patients :

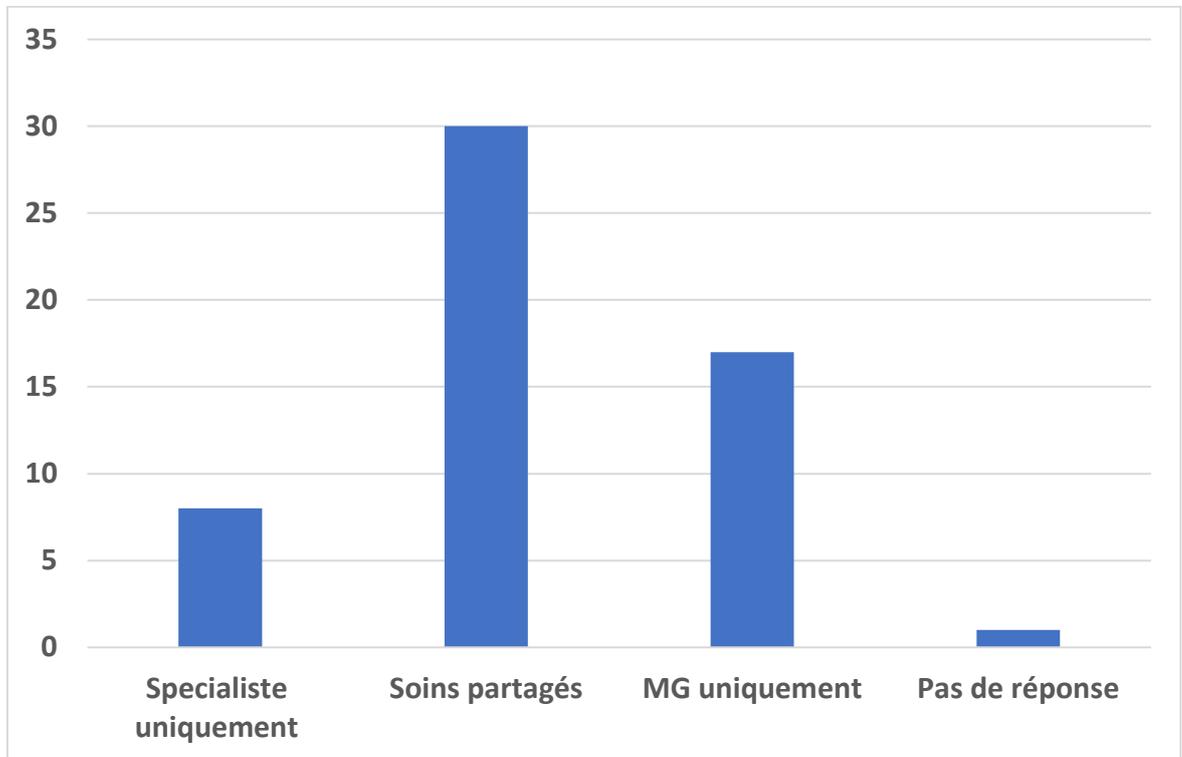
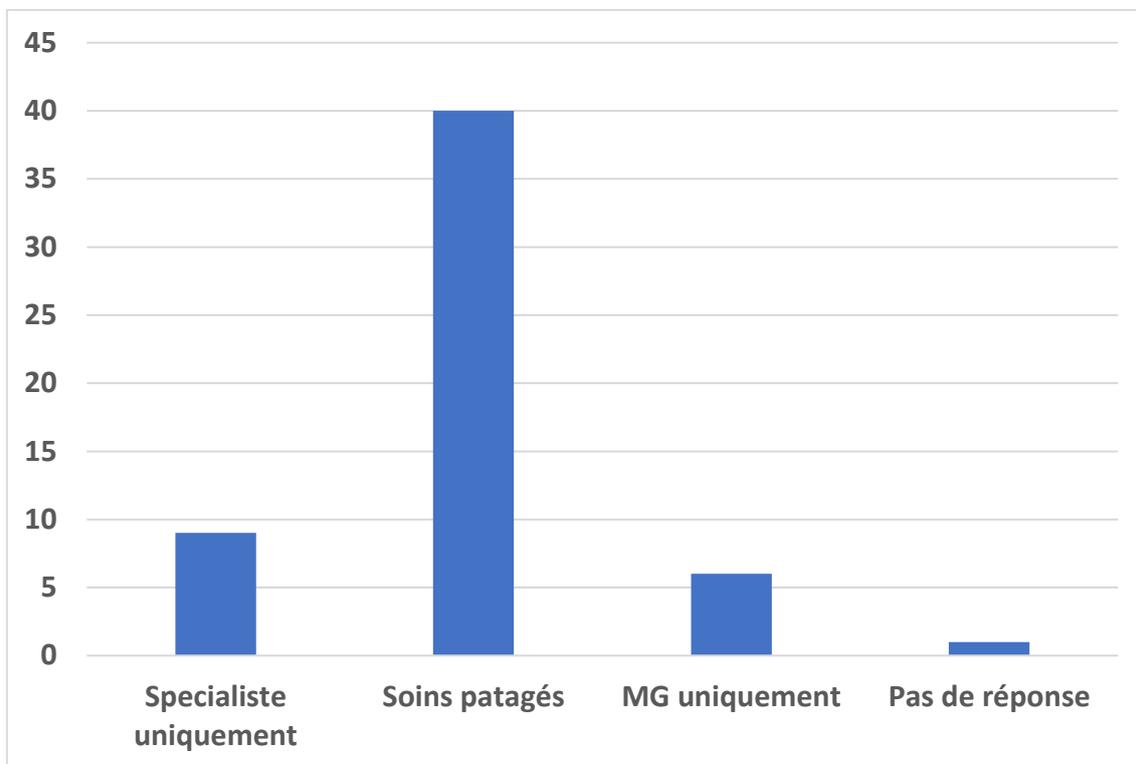


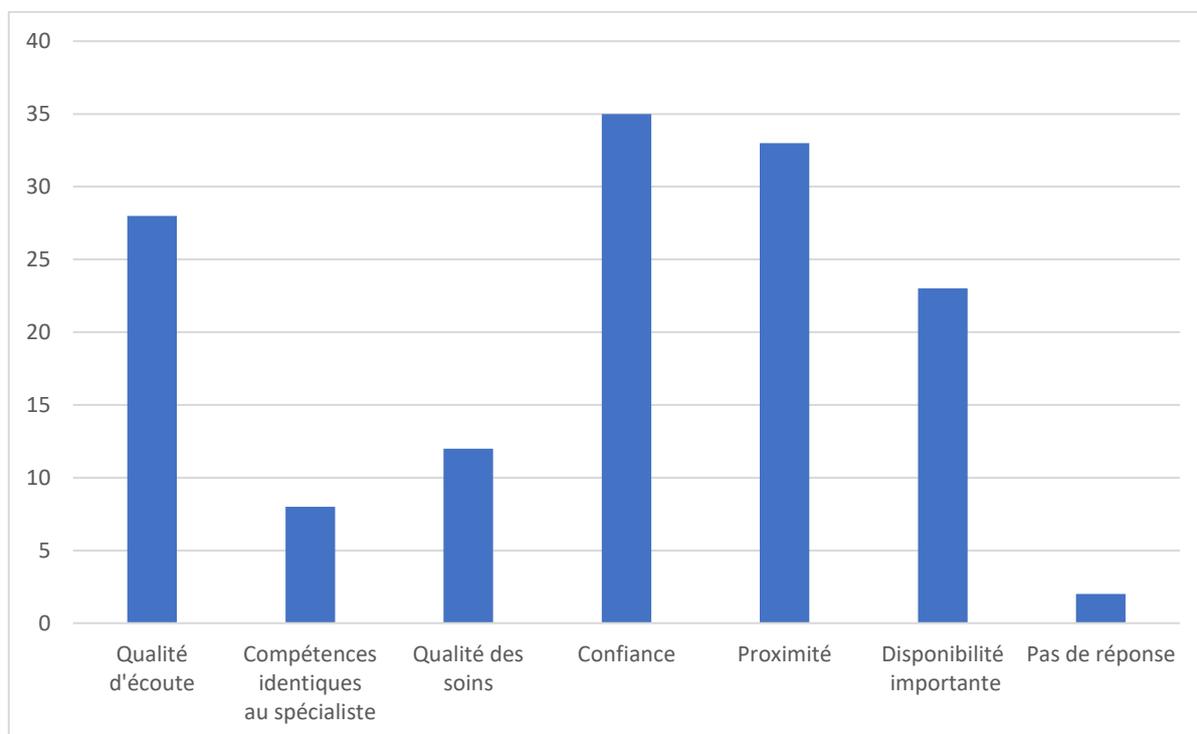
Figure 26 : Souhaits des patients concernant la prise en charge future :



Sur les 56 patients répondant, 40 souhaitent que la prise en charge future se fasse selon le modèle de soins partagés ; 6 souhaitent quant à eux que la prise en charge soit uniquement assurée par le médecin généraliste.

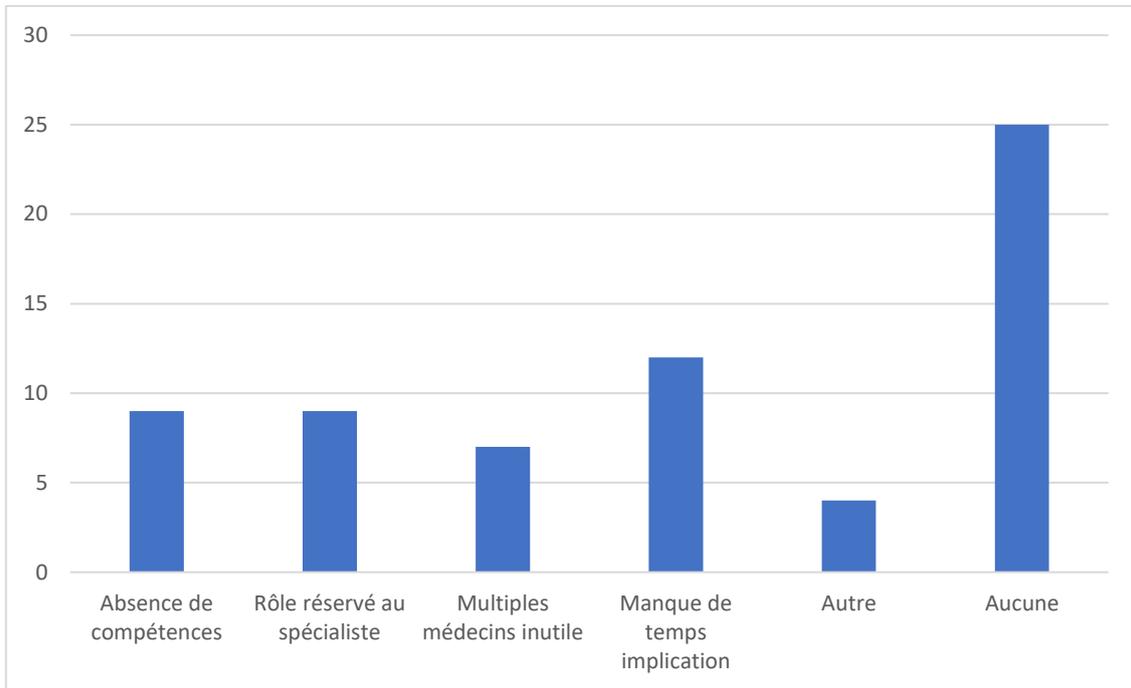
Neuf des 56 patients désirent une prise en charge exclusive par le spécialiste.

Figure 27 : Raisons évoquées par les patients pour une plus grande implication des médecins généralistes dans la prise en charge :



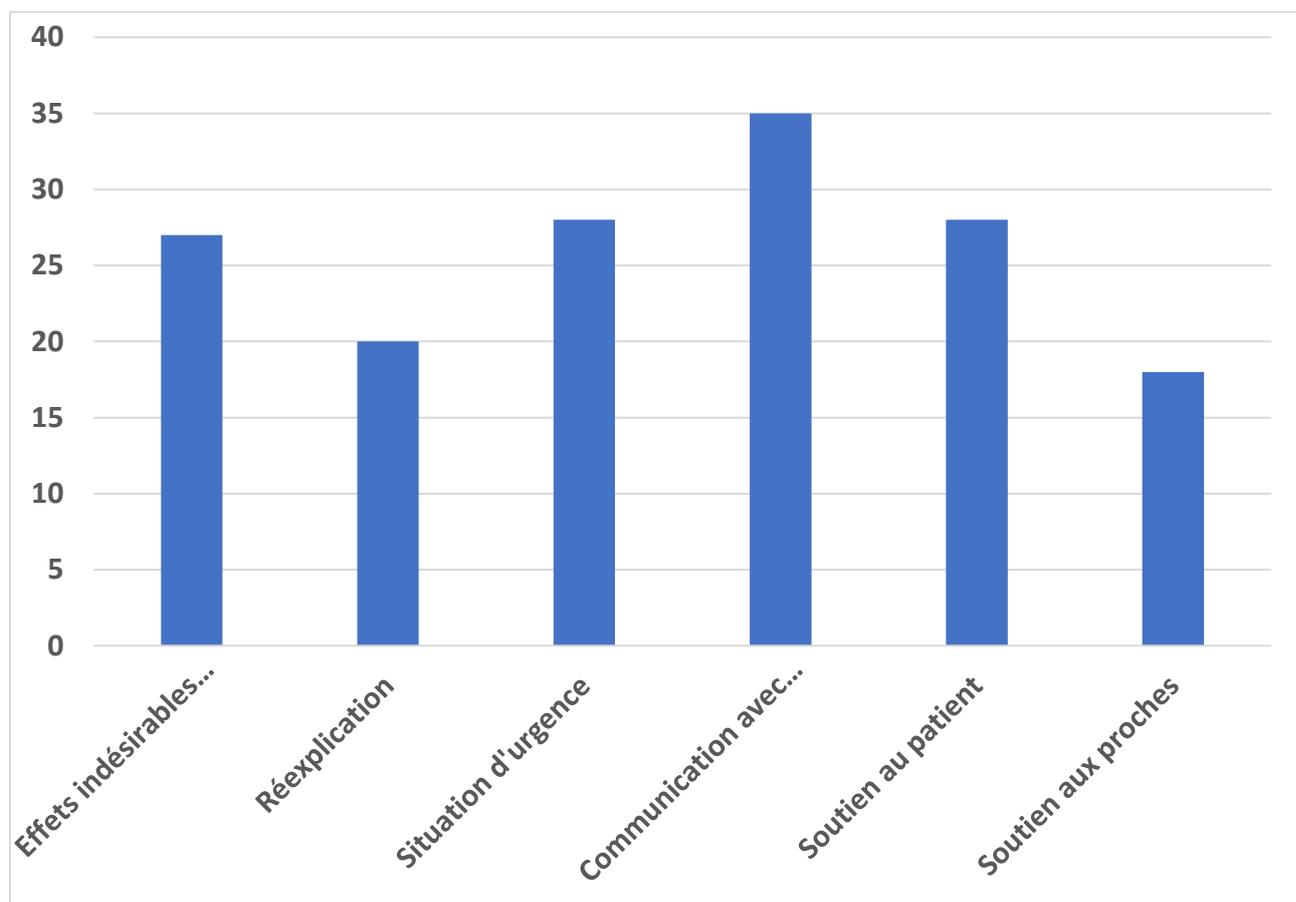
Parmi les qualités des médecins généralistes permettant une plus grande implication dans la prise en charge, les patients ont cités : la relation de confiance pour 35 patients, la proximité pour 33 patients, la qualité d'écoute pour 28 patients, la disponibilité importante pour 23 patients, la qualité des soins pour 12 patients, le fait que les compétences des généralistes sont identiques à celles des spécialistes pour 8 patients.

Figure 28 : Freins à une implication plus grande des médecins généralistes dans la prise en charge :



Concernant les limites à une implication plus grande des médecins généralistes, les patients ont évoqué le fait que : il existe un manque de temps pour 12 patients, les compétences sont insuffisantes pour 9 patients, ce rôle est réservé au spécialiste pour 9 patients, multiplier le nombre de médecins est inutile pour 7 patients.

Figure 29 : Rôles à attribuer au médecin généraliste durant la chimiothérapie selon les patients :



Les attentes des patients en ce qui concerne les rôles à attribuer au médecin généraliste durant la phase de chimiothérapie sont les suivantes :

- Gestion des effets secondaires de la chimiothérapie
- Réexpliquer les éléments non compris à l'Hôpital
- Gestion des situations d'urgence
- Communication avec le spécialiste référent
- Soutien du patient et de ses proches

- Oncologues

Tableau 8 : Communication ville/Hôpital notée de 1 à 5, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure

| Communication Hôpital/Ville | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------|---|---|----|---|---|
| | 1 | 7 | 20 | 1 | 0 |

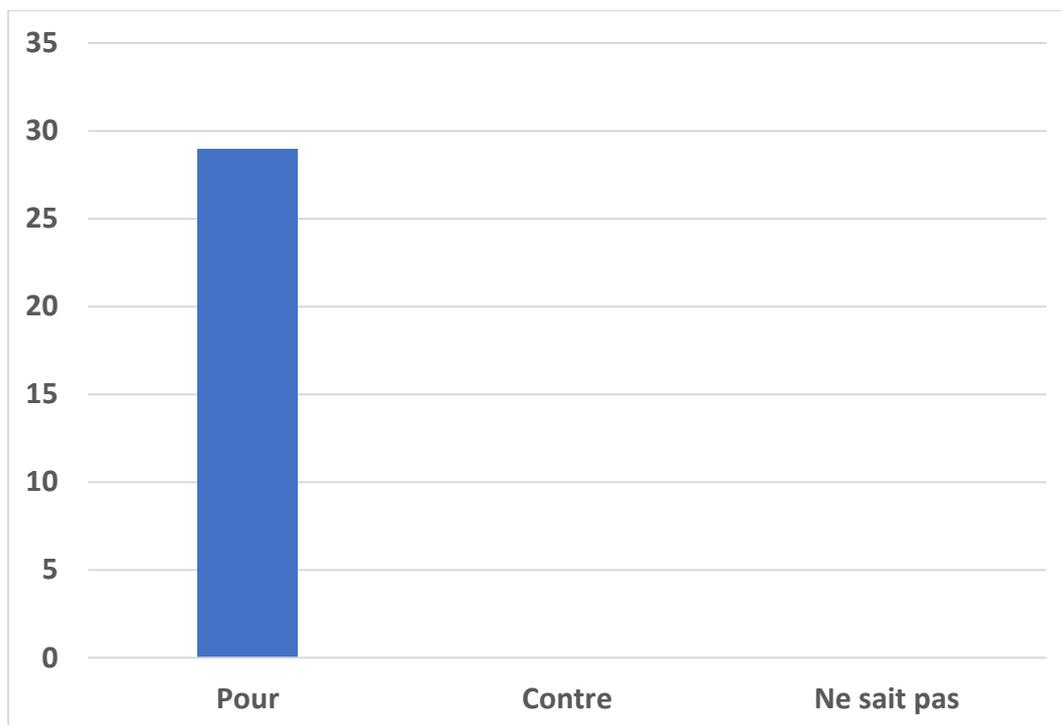
La plupart des oncologues interrogés ont jugé la communication ville/Hôpital moyenne avec une note attribuée de 3 sur 5 chez 20 des 29 spécialistes.

Tableau 9 : Fréquence des échanges entre spécialistes et médecins généralistes, 1 étant la note la plus basse attribuable et 5 la meilleure

| Fréquence des échanges | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------|---|----|---|---|---|
| | 5 | 18 | 6 | 0 | 0 |

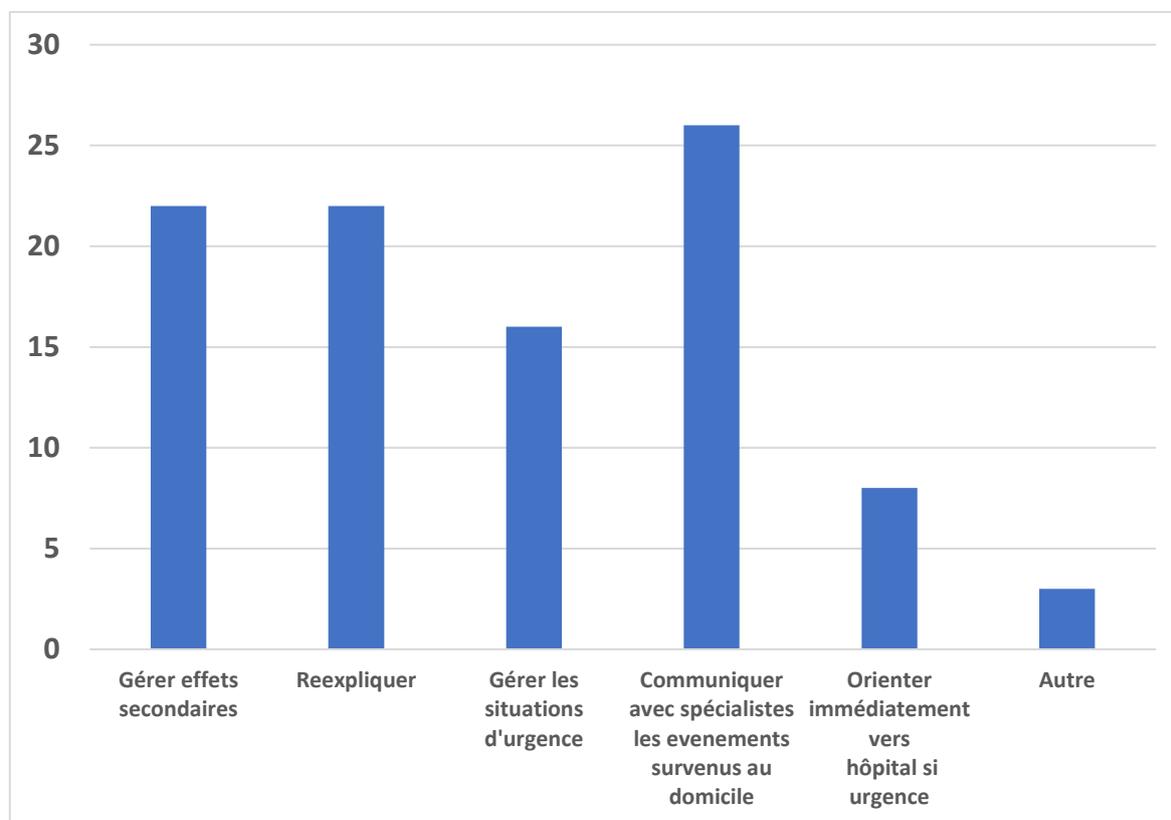
En ce qui concerne la fréquence des échanges, le constat est similaire entre oncologues et généralistes ; avec une note majoritaire estimée à 2/5.

Figure 30 : Opinion des oncologues sur la prise en charge partagée :



La totalité des oncologues est favorable à une prise en charge partagée avec les médecins généralistes.

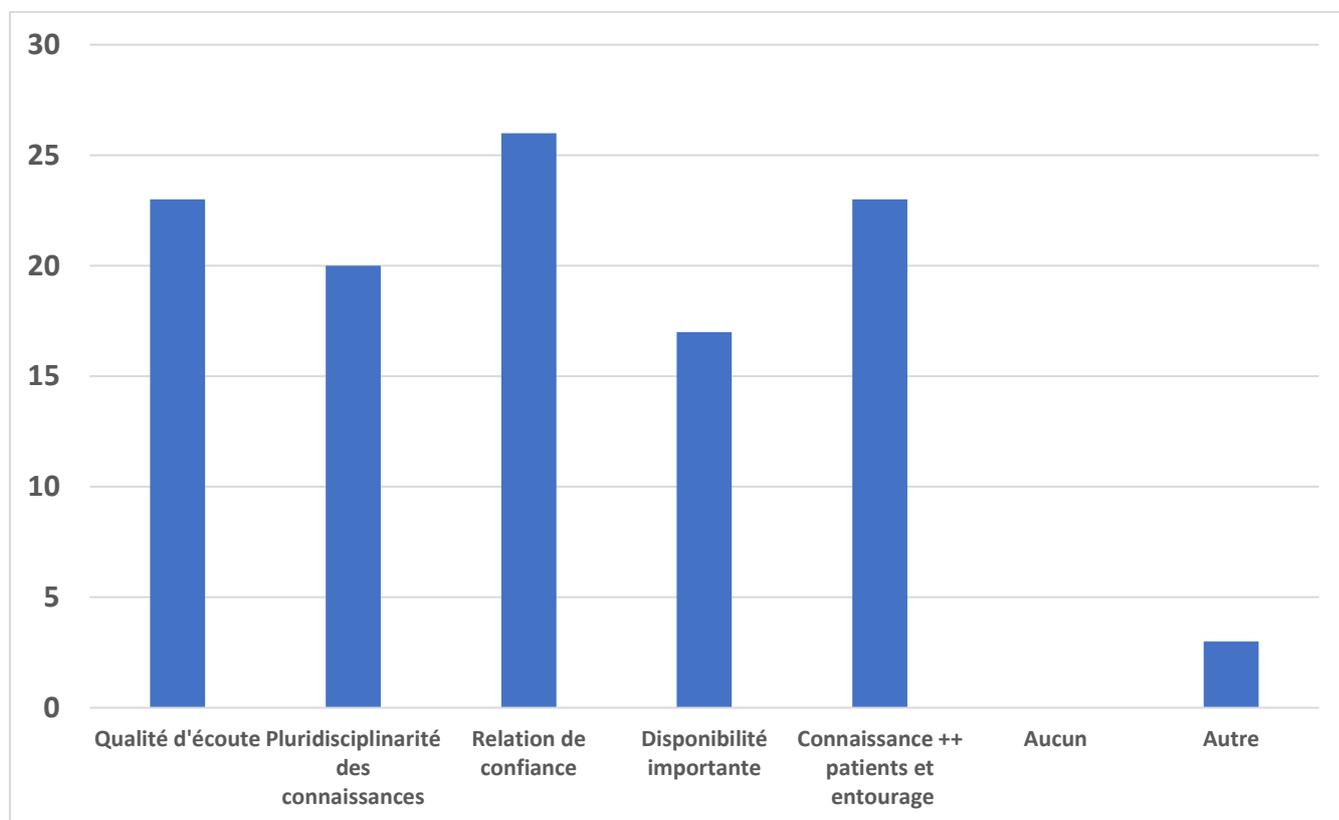
Figure 31 : Rôles du médecin généraliste durant la chimiothérapie selon les oncologues :



Les oncologues souhaitent que durant la période de chimiothérapie les médecins généralistes :

- Gèrent les effets secondaires (75%)
- Réexpliquent les éléments non compris à l'Hôpital (75%)
- Gèrent les situations d'urgence (55%)
- Communiquent avec eux sur les effets survenus au domicile (89%)
- Orientent vers une structure hospitalière si urgence (27%)

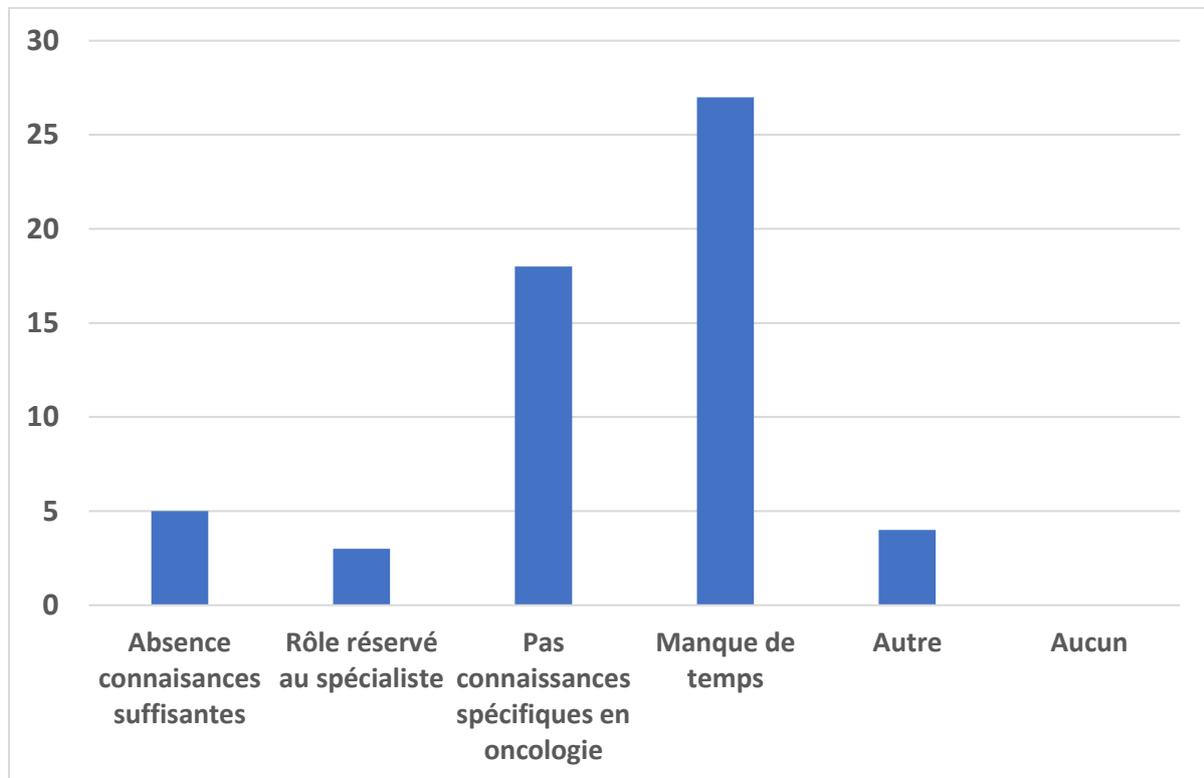
Figure 32 : Qualité des médecins généralistes utiles dans la prise en charge oncologique :



Les autres qualités rapportées sont les suivantes :

- Réactivité importante
- Possibilité de déplacement au domicile si nécessaire
- Capacité à faire le lien

Figure 33 : Freins à une plus grande implication des médecins généralistes selon les oncologues :



Autres freins exprimés par les oncologues :

- Complexité des nouvelles thérapeutiques anti cancéreuses, difficultés pour se tenir à jour y compris pour les oncologues
- Lourdeur de la prise en charge, caractère chronophage
- Implication psychologique trop importante

Selon les oncologues, les axes d'amélioration dans la prise en charge partagée des patients sous chimiothérapie seraient les suivants :

- Connaissance des attentes et des craintes des médecins généralistes de manière à pouvoir mieux communiquer et cibler les éventuelles formations à dispenser
- Communication plus « moderne » avec développement des outils numériques (mails, ligne téléphonique dédiée, dossier médical partagé, messagerie sécurisée ...), communication facilitée
- Envoi plus rapide et plus fréquent des courriers
- Compte rendu de consultation succinct rédigé par les généralistes
- Information systématique émanant des oncologues si modification thérapeutique
- Rappel de l'importance de consulter régulièrement son médecin généraliste y compris lors des chimiothérapies
- Partage des décisions +++ (en prenant en compte les connaissances des généralistes sur le mode de vie, l'entourage ...)
- Participation des médecins généralistes aux RCP
- Mise en place de réunions régulières entre oncologues et médecins généralistes

5- Rôle du médecin généraliste dans les différentes étapes de la prise en charge cancérologique (8 stades de P.T Williams)

- Prévention primaire

La prévention primaire consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Elle agit sur les facteurs de risque par l'éducation pour la santé. (51)

La place occupée par la prévention en médecine est de plus en plus grande du fait d'une volonté actuelle du système de santé de promouvoir ces démarches préventives. « Être en bonne santé, et le rester ».

Le médecin généraliste est le premier acteur de soins et constitue un cadre privilégié et adapté pour les démarches préventives. Leur contact avec une proportion importante de la population (environ 75%) leur confère une place de choix. (52)

De plus le médecin généraliste est dans la majorité des cas considéré comme une source fiable d'informations par les patients, lui conférant ainsi un rôle clé dans cette prise en charge préventive. (53)

Dans le domaine de la cancérologie, il s'assure notamment de la réalisation des dépistages systématiques (cancer du sein, cancer colo rectal, cancer du col de l'utérus).

Selon le Professeur Grunfeld « Le médecin généraliste devrait être associé aux campagnes de prévention et de sensibilisation. Il est en effet un des acteurs capables de toucher les populations les plus vulnérables et les plus démunies, les moins accessibles aux messages généraux de prévention et de dépistage ». (54)

- Dépistage

Comme défini par Alan S.Morrison dans son ouvrage « *Screening in chronic disease* » , le dépistage est « l'examen d'individus asymptomatiques pour déterminer leur probabilité d'avoir la condition qui fait l'objet du dépistage. Les individus dont la probabilité d'être atteint est suffisamment élevée sont ensuite soumis à des investigations diagnostiques complètes ». (55)

Le dépistage constitue la phase de prévention secondaire.

En raison de l'impact de leur discours auprès de leurs patients, les médecins généralistes sont un des acteurs les plus pertinents dans l'incitation des personnes concernées à réaliser les dépistages. (56) (54)

De plus, une grande majorité des généralistes est convaincue de l'efficacité des dépistages en matière de santé publique. (56)

- Initiation de la démarche diagnostique

C'est l'art d'identifier une maladie d'après ses signes et ses symptômes. Il s'agit d'un temps de l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont le patient est atteint. (57) (58)

- Classification

Dans ce contexte la classification des cancers a plusieurs buts : prévoir le pronostic, adapter la thérapeutique à la situation clinique, comparer les résultats de groupes de patients homogènes, permettre des études thérapeutiques.

L'impact du médecin généraliste durant cette phase de classification est moindre.

- Traitement

Le médecin généraliste peut, durant la phase thérapeutique assurer la surveillance des effets secondaires, et constituer ainsi la première évaluation avant le recours à une structure d'urgences ou d'hospitalisation (absence d'urgences spécialisées dans le domaine de la cancérologie). (59)

- Soins partagés

- Suivi post thérapeutique ou en phase de rémission

Ce rôle comprend à la fois les démarches de prévention tertiaire (prise en charge des complications et prévention des rechutes) mais également la promotion de la continuité des soins par le médecin généraliste et la prévention des décompensations des pathologies associées.

- Soins palliatifs

Selon l'OMS :

« Les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des patients et des familles confrontés à une maladie engageant le pronostic vital, en soulageant les douleurs et les symptômes, en apportant un soutien spirituel et psychologique depuis le moment où le diagnostic est posé jusqu'à la fin de la vie et au cours de la période de deuil. » (60)

Les soins palliatifs :

- Soulagent la douleur et les autres symptômes pénibles ;
- Soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal ;
- Ne visent ni à hâter ni à différer la mort ;
- Intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins au patient ;
- Offrent un système d'assistance pour aider la famille à faire face pendant la maladie du patient et au cours de la période de deuil ;
- Ont recours à un travail d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leur famille, y compris en matière de conseil lié au deuil, si c'est indiqué ;
- Vont améliorer la qualité de vie et peuvent influencer positivement sur le cours de la maladie ;
- Sont mis en œuvre précocement au cours de la maladie, en conjonction avec d'autres thérapies visant à prolonger la vie, telles une chimiothérapie ou une radiothérapie, et comprennent les analyses nécessaires pour mieux comprendre et prendre en charge les complications cliniques pénibles.

6- Attentes des patients

Les résultats permettent de mettre en avant l'existence d'une relation de confiance avec le médecin généraliste référent, préexistante dans la majorité des cas au début de la chimiothérapie, se poursuivant lors de la phase active de traitement.

Les patients interrogés souhaitent, en majeure partie une prise en charge selon un modèle de soins partagés entre oncologue et médecin généraliste. Ils évoquent comme arguments à une plus grande implication des généralistes leur qualité d'écoute, la relation de confiance existante, la disponibilité ainsi qu'une proximité non négligeable en cas de situation d'urgence.

Les freins principaux rapportés sont d'une part le manque de temps des généralistes et d'autre part la multiplicité des médecins. Vingt-cinq patients sur les 56 interrogés considèrent qu'il n'existe aucun frein.

Durant la chimiothérapie les rôles affectés au généraliste sont nombreux, qu'ils soient médicaux (gestion des effets secondaires, des situations d'urgence) ou plutôt d'ordre psychologique ou d'accompagnement (soutien de soi et de ses proches).

7- Attentes des médecins généralistes

Il ressort de cette étude que (selon les médecins généralistes) la communication ville/Hôpital est médiocre, avec une fréquence faible des échanges (informations non transmises, ne leur arrivant jamais ou avec des délais trop importants). Nombreux sont par ailleurs les médecins à rapporter que lorsqu'ils arrivent à avoir les spécialistes, la qualité des informations transmises et des échanges est élevée (consignes claires et correspondant aux besoins).

Une proportion non négligeable des généralistes questionnés lors de cette étude déclare vouloir être plus impliqué dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie (67%).

Ils rapportent cependant manquer de temps, et évoquent des difficultés majeures dans la coordination des soins.

Si 77% des généralistes pensent que leurs compétences actuelles ne leur permettent pas de prendre en charge de manière globale et optimale les patients sous chimiothérapie ; 93% des médecins seraient intéressés par des formations spécifiques.

8- Attentes des oncologues

La totalité des oncologues interrogés pense que les généralistes ont leur place dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie. Ils mettent en avant les qualités des médecins généralistes utiles à la prise en charge lors de la phase des thérapeutiques anti-cancéreuses.

Par ailleurs ils soulignent le manque de temps flagrant des généralistes comme pouvant constituer un frein à une implication grandissante dans le domaine de la cancérologie.

VI- Discussion

1- Biais et limites de l'enquête

La principale limite de cette enquête est représentée par le faible taux de participation. Ce taux de réponse peut être expliqué par différents facteurs : la difficulté de diffusion des questionnaires, l'absence de rémunération, le caractère chronophage ou l'absence d'intérêt pour le thème.

- Biais de sélection

Les médecins généralistes interrogés appartiennent uniquement à la région PACA et cet échantillon n'est donc pas représentatif de la population générale française des médecins généralistes.

La généralisation de ces résultats à la population est donc limitée et doit se faire de manière prudente.

De la même façon les oncologues ont également été recrutés en région PACA et les patients sont issus d'un nombre restreint de centres cancérologiques régionaux.

- Biais de volontariat

Les médecins généralistes volontaires pour répondre au questionnaire sont probablement plus motivés et intéressés par la cancérologie que ceux ayant refusé de participer à l'étude.

Il peut donc exister une surestimation des réponses positives en ce qui concerne par exemple l'intérêt pour des formations spécifiques sur le thème de l'oncologie.

- Biais lié à une enquête déclarative

Les réponses recueillies sont déclaratives et il n'existe aucun moyen de vérifier la véracité des informations (nombre de patients sous chimiothérapie suivis, durée du suivi, distance...).

2- Rôle actuel des médecins généralistes

De nombreuses études réalisées jusqu'à présent auprès des généralistes et des patients révèlent que les médecins généralistes ont une place importante dans la découverte des cancers ainsi que dans l'annonce ou pré annonce (information des patients lors de la prescription et de la réception des examens complémentaires à la recherche de pathologies néoplasiques).

Le Professeur Grunfeld, dont le rapport est à l'origine du second plan cancer avait d'ailleurs recommandé que le médecin généraliste « participe à la préparation de l'annonce par le spécialiste puis la commente et l'explique au patient ».

Dans cette étude 52% des patients interrogés considèrent que leur médecin généraliste référent a contribué au diagnostic de leur cancer.

L'implication des médecins généralistes après le début de la chimiothérapie est plus floue. Même si cette étude ne met pas en avant de variation franche de la fréquence des consultations avant et après le début de la chimiothérapie, nombreux sont les généralistes qui rapportent une perte de vue de leurs patients durant cette phase du traitement.

Ainsi il n'est pas rare que les généralistes soient informés tardivement du début des thérapeutiques anti-tumorales.

3- Attentes des différents acteurs

Une majorité des médecins généralistes (67%) interrogés se dit favorable à une implication plus grande dans la prise en charge de leurs patients sous chimiothérapie. Par ailleurs ils espèrent un renforcement de la communication avec les spécialistes et de manière globale entre ville et hôpital (augmentation de la fréquence des échanges, désignation d'un référent médical disponible en cas de problème aigu en ambulatoire...).

Le souhait de ne pas être mis à l'écart et exclu lors de la phase de chimiothérapie a été évoqué par la plupart des médecins généralistes de ce travail.

Cette exclusion les mettant en grande difficulté lors de la reprise du suivi (manque d'informations sur les événements passés, sur l'avancée du traitement, les projets thérapeutiques futurs).

De plus nombre des médecins généralistes ont le sentiment d'être uniquement consulté pour des formalités administratives lors de la phase de chimiothérapie (prescripteurs d'ALD, de bons de transport).

Ils souhaitent que ces formalités ne soient pas le motif principal de consultation mais qu'elles s'intègrent dans le suivi global des patients (« Nous ne sommes pas là que pour la paperasse »).

Pour maintenir un lien au cours de la chimiothérapie, les généralistes pensent qu'une réorientation systématique des patients vers eux après chaque hospitalisation ou consultation spécialisée serait salubre et engendrerait un suivi continu et de meilleure qualité.

Enfin les généralistes aimeraient obtenir plus de considération de la part de leurs confrères oncologues.

Sur les 56 patients ayant répondu à cette étude, 40 d'entre eux (soit 71%) souhaiteraient que la prise en charge se fasse selon un modèle de soins partagés.

Certaines qualités des généralistes (écoute, disponibilité, confiance, proximité...) leurs semblent indispensables, y compris durant la période de chimiothérapie.

Ils souhaitent que durant la chimiothérapie les médecins généralistes : gèrent les effets indésirables, communiquent avec les oncologues, réexpliquent les informations non comprises à l'hôpital, gèrent les situations d'urgence et enfin apportent du soutien (patient et entourage proche).

Concernant les oncologues, 100% des 29 oncologues interrogés seraient favorables à une prise en charge partagée avec les médecins généralistes.

Ainsi ils souhaitent que durant la chimiothérapie les généralistes : gèrent les effets indésirables et les situations d'urgence, réexpliquent les informations non comprises, communiquent avec eux sur les événements survenus au domicile, orientent vers une structure hospitalière en cas de problème non gérable en ambulatoire.

Ces attentes sont globalement similaires à celles exprimées par les patients.

Selon les oncologues, les qualités des généralistes utiles à la prise en charge partagée sont : qualité d'écoute, disponibilité et proximité, pluridisciplinarité des connaissances, la relation de confiance existante avec leurs patients, la connaissance de l'environnement immédiat du patient.

Ils évoquent également le caractère privilégié de la relation patient/ généraliste, contrastant avec le caractère déshumanisé des structures hospitalières.

Ainsi patients, médecins généralistes et oncologues semblent d'accord pour replacer le médecin de ville au centre de la prise en charge des patients sous chimiothérapie et de leur conférer ainsi un rôle pivot durant cette phase de traitement.

4- Freins actuels

Pour les 3 acteurs de cette étude, actuellement le frein principal à une prise en charge partagée des soins est le représenté par le manque de communication existant entre généralistes et oncologues.

Les médecins généralistes évoquent également le manque de temps et l'absence d'informations spécifiques disponibles sur les thérapeutiques anticancéreuses.

Pour 45% des patients répondants, il n'existe aucun frein à une implication plus grande de leur généraliste.

Pour les 55% restants, les motifs les plus fréquemment évoqués sont l'absence de compétences spécifiques en cancérologie, le manque de temps et la multiplication inutile des médecins.

En ce qui concerne les oncologues, les 2 limites principales identifiées sont le manque de temps et le manque de connaissance spécifiques en cancérologie.

5- Perspectives et voies d'amélioration

Dans cette étude le point noir limitant à la généralisation d'une prise en charge partagée entre médecins de ville et oncologues est représenté par le défaut de communication ville/hôpital.

Afin d'optimiser la coordination entre milieu ambulatoire et hospitalier, il convient de faciliter dans un premier temps les échanges d'informations.

Le souhait d'une communication simplifiée, rapide et directe est au premier plan des demandes des généralistes.

Avec l'avènement des nouvelles technologies et le développement des outils numériques, plusieurs pistes ont été mises en avant par les acteurs interrogés ; messageries sécurisées, ligne téléphonique dédiée, référent médical clairement identifié, dossier médical partagé.

D'autres axes d'amélioration comme l'envoi rapide de comptes rendu succins au contenu pratico pratique (effets indésirables à rechercher selon le type de chimiothérapie, moyens de prise en charge en ambulatoire...) ont été relevés.

Par ailleurs les généralistes souhaiteraient d'une part participer de manière plus fréquente aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et aux différentes décisions thérapeutiques et d'autre part une orientation systématique par les oncologues des patients vers eux après une hospitalisation ou une consultation spécialisée.

Le développement de fiches explicatives regroupant les effets secondaires et une synthèse pratique permettant leur prise en charge permettrait de faciliter la prise en charge ambulatoire par les médecins de ville.

Exemple des fiches actuellement réalisées par l'OMéDIT (Observatoire du Médicament, des dispositifs médicaux et de l'Innovation thérapeutique de Haute Normandie). (61)

6- Conclusion

Actuellement malgré une volonté forte et constante du gouvernement d'impliquer de manière plus importante le médecin généraliste dans la prise en charge cancérologique, nombre des médecins de ville se considèrent encore exclus des soins.

De plus il existe un fossé entre le rôle réellement endossé par le généraliste et celui décrit dans les 3 plans cancer (« pivot central et coordinateur du parcours de soins »).

La présente étude suggère qu'un remaniement des soins en vue de replacer le médecin généraliste au cœur de la prise en charge des patients sous chimiothérapie serait bénéfique.

Le médecin généraliste doit être considéré comme complémentaire au spécialiste grâce à son rôle de proximité, de soutien, de centralisation des informations médicales, de coordination des soins et d'orientation.

De cette étude émane un désir fort des généralistes de participer de façon plus active à la prise en charge des patients lors de la phase des thérapeutiques anticancéreuses.

Le point noir clairement mis en avant dans ce travail est le manque de communication existant entre généralistes et spécialistes et le manque de formation spécifique en cancérologie.

.

Plusieurs projets en cours, tels que le dossier médical partagé ou le dossier communiquant en cancérologie permettraient probablement de palier à ce manque d'échanges.

Par ailleurs la mise en place de messageries dites sécurisées est également à organiser pour améliorer le lien ville/hôpital.

Il pourrait s'agir d'un atout de communication indéniable (sécurité des données diffusées, traçabilité, rapidité, caractère immédiat de la transmission, dématérialisation des documents...).

Le pré requis à un réarrangement des soins serait donc de rendre plus fluide et plus solide la relation entre médecine de ville et équipes hospitalières spécialisées.

La complexité du parcours de soins en cancérologie et la multiplicité des acteurs nécessite donc une meilleure coordination et une meilleure communication entre les différents professionnels de santé, afin de mieux accompagner le malade pendant et après les traitements et le développement de formations spécifiques en cancérologie destinées aux médecins généralistes.

7- Bibliographie

1. esp2017_5_principales_causes_de_deces_et_de_morbidite.pdf [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017_5_principales_causes_de_deces_et_de_morbidite.pdf
2. Les cancers en France en 2016 : l'essentiel des faits et chiffres - Actualités [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Les-cancers-en-France-en-2016-l-essentiel-des-faits-et-chiffres>
3. Définition cancer [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/cancer>
4. Définition chimiothérapie [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/chimiotherapie>
5. Cancer : le nombre de malades a explosé en France [Internet]. SudOuest.fr. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.sudouest.fr/2016/10/26/cancer-le-nombre-de-malades-a-explose-en-france-2547976-4696.php>
6. 2017-DREES_cancer-suivi-generalistes.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2017-10/2017-DREES_cancer-suivi-generalistes.pdf
7. 455.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/presse/download/455>
8. UNICANCER - Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.unicancer.fr/patients/quelle-prise-charge-cancers-2020>
9. UNICANCER - Etude prospective - La cancérologie en 2025 : un patient et des soins connectés [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.unicancer.fr/cancerologie-2025>
10. Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
11. Les autorisations de traitement du cancer - Traitements du cancer : les établissements autorisés [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/Les-autorisations-de-traitement-du-cancer>
12. L'activité hospitalière en cancérologie - Les chiffres du cancer en France [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Activite-hospitaliere>

13. Effectifs en oncologie médicale France 2017 | Statistique [Internet]. Statista. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/520413/nombre-medecins-oncologie-medicale-region-france/>
14. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2017 | Insee [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#graphique-TCRD_068_tab1_departements
15. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016. :326.
16. UNICANCER - Carte des instituts et centres de lutte contre le cancer : Unicancer en France [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.unicancer.fr/le-reseau-des-centres-de-lutte-contre-le-cancer>
17. UNICANCER - Carte des instituts et centres de lutte contre le cancer : Unicancer en France [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.unicancer.fr/le-reseau-des-centres-de-lutte-contre-le-cancer>
18. Centre de Coordination en Cancérologie (3C) [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.onco-hdf.fr/1-centre-coordination-cancerologie/centre-coordination-cancerologie/>
19. L'activité hospitalière en cancérologie - Les chiffres du cancer en France [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Activite-hospitaliere>
20. Bouvet M, Soual H. Coordonné par Hélène Soual. :212.
21. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
22. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
23. PARCOURS DE SOINS COORDONNES. :8.
24. Les Premiers États généraux de la prévention des cancers [Internet]. Ligue contre le cancer. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: /article/47616_les-premiers-etats-generaux-de-la-prevention-des-cancers
25. Onze propositions issues des Etats généraux de la prévention des cancers [Internet]. egora.fr. 2018 [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://egora.fr/actus-medicales/cancerologie/43789-onze-propositions-issues-des-etats-generaux-de-la-prevention-des>
26. fondateurs T. 2000 : CHARTE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPEENNE | LDH [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ldh-france.org/2000-CHARTE-DES-DROITS/>
27. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
28. Dossierdepresse. 2008;53.

29. Vie publique : au coeur du débat public. [Internet]. [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr>
30. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
31. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 [Internet]. [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
32. Pour un observatoire national du cancer [Internet]. Libération.fr. 2002 [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/tribune/2002/09/12/pour-un-observatoire-national-du-cancer_415132
33. 7 Cancéropôles [Internet]. [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.7canceropoles.org/>
34. 7 Cancéropôles [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://7canceropoles.org/>
35. Institut National Du Cancer - Accueil [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
36. Le Plan cancer 2009-2013 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
37. Grünfeld PJ-P. RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE. :104.
38. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
39. Le dossier communicant de cancérologie - Parcours de soins des patients [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Le-dossier-communicant-de-cancerologie>
40. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.onco-hdf.fr/1-dispositifs-prise-charge-traitements/reunion-concertation-pluridisciplinaire.html>
41. reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf
42. Le plan personnalisé de soins - Centre Georges François Leclerc [Internet]. CGFL. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cgfl.fr/les-soins/parcours-de-soins/diagnostic-annonces/plan-personnalise-de-soins/>
43. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

44. Oosterink JJ, Oosterveld-Vlug MG, Glaudemans JJ, Pasman HRW, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Interprofessional communication between oncologic specialists and general practitioners on end-of-life issues needs improvement. *Fam Pract.* 1 déc 2016;33(6):727-32.
45. Lawn S, Fallon-Ferguson J, Koczwara B. Shared care involving cancer specialists and primary care providers – What do cancer survivors want? *Health Expect.* 2017;20(5):1081-7.
46. German general practitioners views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study. [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://read.qxmd.com/read/24465025/german-general-practitioners-views-on-their-involvement-and-role-in-cancer-care-a-qualitative-study>
47. Mitchell GK, Burridge LH, Colquist SP, Love A. General Practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role. *Health Soc Care Community.* 2012;20(6):607-16.
48. Oncologists' views on the importance of general practitioners for cancer patients: a qualitative interview study from Germany. [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/28486693>
49. Lang V, Walter S, Fessler J, Koester MJ, Ruetters D, Huebner J. The role of the general practitioner in cancer care: a survey of the patients' perspective. *J Cancer Res Clin Oncol.* 1 mai 2017;143(5):895-904.
50. Laouisset - D.E.S. DE MEDECINE GENERALE.pdf [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3525_THESE-COURAUD.pdf
51. Haute Autorité de Santé - Prévention [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention
52. 154.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/154/?sequence=21>
53. Ferrer É. La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire: expériences et attentes de patients âgés de moins de 40 ans. :76.
54. PROFESSEUR JEAN-PIERRE GRÜNFELD 14 FÉVRIER - PDF [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/15809919-Professeur-jean-pierre-grunfeld-14-fevrier.html>
55. Netgen. Dépistage : principes et méthodes [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-256/Depistage-principes-et-methodes>
56. Senioractu.com. Médecins généralistes et dépistage des cancers : enquête de l'INCa [Internet]. *Senior Actu : toute l'actualité des seniors.* [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: https://www.senioractu.com/Medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers-enquete-de-l-INCa_a14287.html

57. fichier_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_home/3/fichier_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf
58. Principes de médecine générale II [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.md.ucl.ac.be/didac/mege2110/pouchain.htm>
59. Bouleuc C. La demande d'hospitalisation en urgence des patients atteints de cancer en phase palliative. *Laennec*. 2010;Tome 58(2):48-58.
60. OMS | Soins palliatifs [Internet]. WHO. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/cancer/palliative/fr/>
61. Fiches de bon usage des produits de santé [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/fiches-de-bon-usage-des-produits-de-sante/fiches-de-bon-usage-des-produits-de-sante,3124,3454.html>

Annexe 1 : Questionnaire médecin généraliste

Nom :

Prénom :

Code postal de la ville d'exercice :

Sexe : F/M

Tranche d'âge :

30-40 ans 40-50 ans 50 ans et plus

Exercice individuel Exercice en cabinet de groupe

Appartenance à un réseau de Cancérologie :

Oui

Non

Nombre de patients sous chimiothérapie suivis :

0

1->5

6->10

11->15

15 et plus

1- Sur une échelle de 1 à 5, 1 étant la note la plus basse et 5 la meilleure, que pensez-vous de la communication Hôpital/ville ?

1

2

3

4

5

2- Quels seraient selon vous les axes d'amélioration de cette relation ?

-
-
-

3- Quels sont vos rapports avec les Oncologues ?

A- Disponibilité des spécialistes

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

B- Fréquence des échanges médecin généraliste / spécialiste

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

C- Qualité des échanges et des informations transmises

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

4- Souhaiteriez- vous être plus impliqué dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

5- Quelles contraintes vous freinent actuellement dans cette prise en charge ?
(Une ou plusieurs réponses)

- Aucune
- Manque de temps
- Implication émotionnelle trop élevée
- Nécessité de visites au domicile
- Nécessité d'être joignable
- Nécessité de gérer des situations d'urgence en ambulatoire (exemple neutropénie fébrile...)
- Difficultés dans la coordination des soins
- Absence de rémunération supplémentaire
- Absence d'informations sur les formations spécifiques disponibles
- Autre

6- Pensez-vous que vos compétences actuelles vous permettent une prise en charge globale et optimale des patients sous chimiothérapie ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

7- Seriez-vous intéressé par une ou plusieurs formations spécifiques sur le thème de l'oncologie ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

8- Si oui, sur quels thèmes ?

- Diagnostic/ Annonce
- Décision thérapeutique
- Suivi des traitements (Tolérance/ effets indésirables, secondaires)
- Surveillance post traitement (Dépistage des récurrences, suivi des séquelles...)
- Phase palliative (gestion de la douleur et des attentes en fin de vie...)

Annexe 2 : Questionnaire patient

Age :

Sexe : F/ M

Date de début de la chimiothérapie :

Nombre actuel de cures :

Distance domicile/ Hôpital :

Distance domicile/ Médecin généraliste :

1- Avez-vous un médecin généraliste ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

2- Depuis combien de temps vous suit il ?

- Moins d'un an
- Entre 1 et 3 ans
- Entre 3 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

3- A quelle fréquence consultiez-vous votre médecin généraliste avant le diagnostic du cancer ?

- Moins d'une fois par an
- Entre 2 et 3 fois par an
- Une fois par trimestre
- Une fois par mois
- Plus d'une fois par mois

4- Votre médecin généraliste a-t-il participé au diagnostic de cancer ?

- Oui

- Non
- Ne sait pas

5- Depuis le début de la chimiothérapie avez-vous consulté votre médecin généraliste ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

6- A quelle fréquence ?

- Moins d'une fois par an
- Entre 2 et 3 fois par an
- Une fois par trimestre
- Une fois par mois
- Plus d'une fois par mois

7- Les consultations sont-elles en lien avec :

- Un motif sans rapport avec le cancer et la chimiothérapie ?
- Le suivi du cancer
- Une situation d'urgence (effet secondaire de la chimiothérapie, fièvre au domicile...)
- Autre

8- Pour vous actuellement :

Une seule réponse.

- Le médecin généraliste ne s'occupe de rien, le spécialiste s'occupe de **l'ensemble** de vos problèmes de santé

- Le médecin généraliste gère les problèmes de santé **non** liés au cancer, le spécialiste s'occupe de tous les événements en lien avec votre cancer
- Le médecin généraliste gère **à la fois** les problèmes liés au cancer et les autres

9- Vous aimeriez :

Une seule réponse.

- Une prise en charge uniquement par le médecin généraliste
- Une prise en charge uniquement par le spécialiste
- Une prise en charge partagée entre médecin généraliste et spécialiste

10-Selon vous pour quelles raisons le médecin généraliste devrait s'occuper également des problèmes en lien avec le cancer et la chimiothérapie ? Une ou plusieurs réponses.

- Qualité d'écoute
- Compétences identiques à celles du spécialiste
- Qualité des soins
- Relation de confiance
- Proximité domicile/cabinet du généraliste
- Disponibilité importante du généraliste

11-Selon vous, pour quelles raisons le médecin généraliste ne devrait-il pas s'occuper des problèmes en lien avec le cancer et la chimiothérapie ? Une ou plusieurs réponses.

- Absence de compétences suffisantes
- Rôle réservé au spécialiste
- Avoir plusieurs médecins est inutile
- Manque de temps/implication du généraliste
- Autre. (Précisez)

12-Durant les séances de chimiothérapie, qu'attendez vous de votre médecin généraliste ?

- Qu'il gère les effets secondaires survenant au domicile
- Qu'il puisse réexpliquer les éléments non compris à l'hôpital
- Qu'il gère les situations d'urgence
- Qu'il communique avec le spécialiste et l'informe des évènements survenus en dehors des séjours à l'hôpital
- Qu'il vous apporte du soutien
- Qu'il apporte du soutien à vos proches

Quelle est votre opinion sur la prise en charge partagée entre médecin généraliste et spécialiste ?

- Pour, l'implication des médecins généralistes est indispensable
- Contre, je souhaite m'occuper seul (e) de l'ensemble de la prise en charge
- Ne sait pas

Durant les séances de chimiothérapie, qu'attendez-vous des médecins généralistes ?

- Qu'ils gèrent les effets secondaires survenant au domicile
- Qu'ils puissent réexpliquer les éléments non compris à l'Hôpital
- Qu'ils gèrent les situations d'urgence
- Qu'ils vous tiennent informé des évènements survenus au domicile
- Qu'ils orientent immédiatement les patients vers la structure hospitalière si évènements au domicile

Quelles sont d'après vous les qualités des généralistes utiles dans le domaine de la Cancérologie ?

- Qualité d'écoute
- Pluridisciplinarité des connaissances
- Relation de confiance avec leurs patients
- Disponibilité importante
- Connaissance de l'environnement et de l'entourage des patients
- Aucune
- Autre

Quels sont selon vous les freins à une plus grande implication des médecins généralistes en Cancérologie ?

- Absence de compétences suffisantes
- Rôle réservé au spécialiste
- Manque de connaissances spécifiques en Cancérologie
- Manque de temps
- Aucun
- Autre

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.