



HAL
open science

Modalités de découverte des cancers dans un échantillon de patients suivis en médecine générale

Monia Bouariche

► **To cite this version:**

Monia Bouariche. Modalités de découverte des cancers dans un échantillon de patients suivis en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02955617

HAL Id: dumas-02955617

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02955617>

Submitted on 2 Oct 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES**

THESE
Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Monia BOUARICHE

Le 26 Janvier 2018 à Montpellier

**MODALITES DE DECOUVERTE DES CANCERS
DANS UN ECHANTILLON DE PATIENTS
SUIVIS EN MEDECINE GENERALE**

Directeur de thèse DR BERNARD CLARY

Jury

Président
PR NADINE HOUEDE

Assesseurs
DR BEATRICE LOGNOS
DR MARIE-EVE ROUGE BUGAT
DR BERNARD CLARY

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES**

THESE
Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Monia BOUARICHE

Le 26 Janvier 2018 à Montpellier

**MODALITES DE DECOUVERTE DES CANCERS
DANS UN ECHANTILLON DE PATIENTS
SUIVIS EN MEDECINE GENERALE**

Directeur de thèse DR BERNARD CLARY

Jury

Président
PR NADINE HOUEDE

Assesseurs
DR BEATRICE LOGNOS
DR MARIE-EVE ROUGE BUGAT
DR BERNARD CLARY

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN François
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre

MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Éric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Éric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Éric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie ; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stefan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale - DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud-Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Oliver-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophthalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRES-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline-Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maître de Conférences hors classe

BADIA Éric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Nadine HOUEDE,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Que ce travail soit l'occasion de vous exprimer mon respect et ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Bernard CLARY,

Vous m'avez aidée dans l'élaboration de ce projet et vous avez suivi la réalisation de ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et vos conseils.

Trouvez ici le témoignage de mon estime et de ma sympathie.

A Madame le Docteur Beatrice LOGNOS,

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Marie Eve ROUGE-BUGAT,

Vous avez également accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Emilie Ferrat,

Pour votre aide et vos précieux conseils dans la relecture de ce travail.

Aux représentants de l'association FMC Action,

Pour leur participation et leur soutien logistique dans l'élaboration de cette enquête.

A mes collègues Elisa et Hedyeh,

Merci de m'avoir ouvert les portes du cabinet il y a un an,

Merci de votre confiance et de votre amitié.

A ma mère,

Pour m'avoir toujours guidée dans mes études et pour m'avoir donné confiance en moi.

Pour ton écoute, tes conseils avisés et tes encouragements tout au long de ce travail.

A mes sœurs Lydia et Anaïs,

Pour votre présence à mes côtés, vos encouragements, votre soutien.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION	13
2 MATERIEL ET METHODE	16
2.1 Schéma de l'étude et population	16
2.2 Variables étudiées	16
2.2.1 Réalisation du questionnaire.....	16
2.2.2 PREMIERE PARTIE DU QUESTIONNAIRE : Vous et votre patient.....	17
2.2.3. DEUXIEME PARTIE DU QUESTIONNAIRE : Evocation du diagnostic	17
2.2.4 TROISIEME PARTIE DU QUESTIONNAIRE : Démarche de confirmation du diagnostic.....	19
2.3 Analyse statistique	19
3 RESULTATS	20
3.1 Taux de participation.....	20
3.2 Données sociodémographiques	20
3.3 Evocation du diagnostic.....	21
3.3.1 Le patient a évoqué le diagnostic.....	21
3.3.2 Le médecin généraliste a évoqué le diagnostic.....	22
3.3.3 Le diagnostic est évoqué par un tiers.....	24
3.4 Démarche de confirmation du cancer.....	25
3.4.1 Le médecin généraliste est à l'origine de la démarche de confirmation du cancer	25
3.4.2 Un autre spécialiste est à l'origine de la démarche de confirmation du cancer.....	26
4 DISCUSSION	28
4.1 Forces et faiblesses de l'étude	28
4.1.1 Synthèse des principaux résultats.....	28
4.1.2 Biais de l'étude	30
4.2 Comparaison des résultats avec la littérature	33
4.3 Perspectives, Approche centrée patient	35
5 CONCLUSION	37
6 BIBLIOGRAPHIE	39
7 ANNEXE 1 : ARTICLE EN ANGLAIS	43
8 ANNEXE 2 : FICHE PROJET	59
9 ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE	61
RESUME	69

1 INTRODUCTION

« Près de 355 000 personnes font l'objet d'un diagnostic de cancer chaque année en France, dont 200 000 hommes et 155 000 femmes.

L'incidence a doublé au cours des 30 dernières années, mais parallèlement, la mortalité a régulièrement diminué. Aujourd'hui, trois millions de personnes vivent avec un cancer ». (Plan Cancer 2014-2019) (1).

Le cancer se présente comme une pathologie relevant majoritairement, sinon essentiellement, d'une intervention médicale de second ou troisième recours.

Depuis 2003, trois Plans Cancer se sont succédé (1-3).

L'ambition première des Plans Cancer est de guérir plus de personnes malades, en favorisant des diagnostics précoces et en garantissant l'accès de tous à une médecine de qualité. Mais au-delà de l'amélioration des soins et des pratiques médicales, le Plan Cancer propose une prise en charge globale de la personne, en tenant compte de l'ensemble de ses besoins pour préserver la qualité de vie pendant et après la maladie.

Le Plan Cancer actuel 2014-2019, cherche à offrir, à tous, les mêmes chances de guérir et à mettre en place au plus vite des innovations thérapeutiques. La stratégie est de répondre à quatre principaux objectifs :

1. Guérir plus de malades
2. Préserver la continuité et la qualité de vie
3. Investir dans la prévention et la recherche
4. Optimiser le pilotage et les organisations de soins

Le Plan Cancer suggère, ainsi, que le rôle des médecins généralistes (MG) doit être défini autrement que de manière résiduelle.

Mais n'existe-t-il pas un décalage entre une volonté politique apparente de mettre le médecin généraliste au centre de la prise en charge multidisciplinaire et la réalité du terrain ?

Il n'y a encore que trop peu d'éléments chiffrés permettant d'évaluer le poids des MG dans la prise en charge du cancer (4). Dans cette perspective, nous avons cherché à identifier l'espace investi par les médecins généralistes dans le diagnostic des cancers.

En 2000, la thèse de Daniel CAMILLERI (5), montrait que la première consultation orientant le diagnostic de cancer était réalisée à 88% par le médecin généraliste, avec 73% de diagnostics orientés, 14% de dépistages organisés et 12% de découvertes fortuites.

Selon un article publié en 2009 dans « *Pratique Des Soins et Organisation* » (6), l'équipe du DR BUGENER, a mené une enquête en Norvège et en France sur le rôle des médecins généralistes (MG) dans la prise charge des cancers. Les MG se disaient ainsi à l'origine de la découverte du cancer pour 78% des patients (83 % en Norvège), à partir d'une suspicion (58 %), d'un dépistage (19 %) ou fortuitement (16 %). Ils avaient également engagé les premières investigations pour 70 % d'entre eux, afin d'adresser leurs patients à bon escient à leurs confrères d'autres spécialités.

En décembre 2016 « *Journal of Cancer Survivorship* » (7) publiait une revue de la littérature axée sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des cancers. Les articles portaient sur les points de vue des patients et des médecins généralistes portés sur le rôle du MG dans le suivi et les soins en cancérologie. Ainsi il apparaissait que le MG jouait un rôle déterminant dans la coordination des soins, le suivi des patients atteints de cancer et notamment dans la gestion des effets secondaires dus aux traitements à la fois sur le plan physique et psychologique mais aussi dans la gestion de la douleur et des soins palliatifs. Mais nous ne retrouvons que peu d'informations sur la réalisation des diagnostics de cancers.

Les médecins généralistes jouent un rôle fondamental dans l'ensemble du parcours de soin en cancérologie (8 et 9).

D'où notre question de recherche : quelles sont les modalités de découverte des cancers dans un échantillon de population de médecine générale ?

L'objectif principal de cette étude est donc d'identifier les modalités de découverte des cancers dans un échantillon de patients suivis en médecine générale.

Il s'avère alors aussi intéressant de décrire les moyens diagnostics mis en œuvre par les MG et d'évaluer l'importance de l'examen clinique et des explorations complémentaires.



2 MATERIEL ET METHODE

2.1 SCHEMA DE L'ETUDE ET POPULATION

Nous avons mené une enquête épidémiologique observationnelle rétrospective, réalisée par auto-questionnaire auprès des médecins généralistes libéraux en France.

Les médecins interrogés figuraient sur la base de données d'une association nationale de formation médicale continue : FMC Action.

L'étude a été menée entre Novembre 2016 et Mars 2017 auprès de 34 584 médecins. Les questionnaires ont été envoyés par courriel en novembre 2016, janvier 2017 et mars 2017.

Nous avons demandé aux médecins interrogés de se référer au dernier patient vu en consultation et atteint d'un cancer, quel que soit le motif de cette consultation, quel que soit le stade et la nature du cancer.

2.2 VARIABLES ETUDIEES

2.2.1 Réalisation du questionnaire



Il s'agissait d'un questionnaire électronique anonymisé et créé avec le logiciel Google FORMS. Il était composé de 28 questions fermées ou à choix multiples.

Le questionnaire comportait 3 grandes parties :

1. Vous et votre patient
2. Evocation du diagnostic
3. Confirmation du diagnostic.

2.2.2 PREMIERE PARTIE DU QUESTIONNAIRE : Vous et votre patient

L'objectif de cette première partie était de recueillir des données socio démographiques :

- Mode d'exercice des médecins généralistes : rural, semi rural, urbain. (*Etablir des données socio démographiques, les variables sont exprimées en %*)
- Age des patients (*Nous définirons alors une moyenne d'âge et un écart type*)
- Sexe des patients. (*Etablir des données socio démographiques, les variables sont exprimées en %*)

2.2.3 DEUXIEME PARTIE DU QUESTIONNAIRE : Evocation du diagnostic

L'objectif était ici d'identifier comment avait été initié le diagnostic de cancer :

➤ *Le patient a évoqué le diagnostic :*

Nous nous sommes intéressés aux plaintes *fonctionnelles* rapportées spontanément par le patient, *on peut proposer la classification suivante :*

- Signes généraux (fièvre, anorexie, amaigrissement, asthénie, sueurs, adénopathies, douleurs osseuses, myalgies)
- Signes respiratoires (toux, pneumopathies à répétition, hémoptysie, dyspnée, signe insuffisance respiratoire, hippocratisme digital)

- Signes neurologiques (céphalées, nausées, vomissements, syndrome neurologique: pyramidal, extrapyramidal, cérébelleux, paralysie faciale, hypoacousie, troubles visuels, troubles de la marche, HTIC, acouphènes)
- Signes cutanés (nodule cutané, mélanome, ulcérations, masse)
- Signes O.R.L (épistaxis, anosmie, dyspepsie, dysphonie, leucoplasie, lichen plan, hypersialorrhée, glossodynies, goitre, exophtalmie, otalgie)
- Signes digestifs (dysphagie, diarrhées, constipation, rectorragies, douleurs abdominales, météorisme, ascite, hépatosplénomégalie, syndrome occlusif)
- Signes urologiques (dysurie, hématurie)
- Signes gynécologiques (dysménorrhées)
- Syndrome tumoral (œdèmes, thrombose : thrombose veineuse superficielle, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, tassement vertébral, fracture pathologique)
- Syndrome paranéoplasique

➤ ***Le médecin généraliste a évoqué le diagnostic :***

Nous souhaitons savoir comment le médecin généraliste initiait les diagnostics de cancers. Nous nous sommes intéressés aux variables suivantes (examen clinique et interrogatoire, dépistage individuel, examens paracliniques orientés : biologie, imagerie, cytologie, découverte fortuite).

➤ ***Le diagnostic est évoqué par un tiers :***

Le diagnostic de cancer, s'il n'a pas été initié par le médecin traitant du patient, a pu être initié par un confrère. Mais dans quelles circonstances ? (Confrère généraliste en consultation (remplaçant, associé ...), autre spécialiste en consultation, autre spécialiste aux urgences, au décours d'une hospitalisation).

2.2.4 TROISIEME PARTIE DU QUESTIONNAIRE : Démarche de confirmation du diagnostic

La troisième partie du questionnaire avait pour but de savoir quelle avait été la démarche diagnostique ayant permis, in fine, la confirmation du diagnostic de cancer.

- *Le médecin généraliste a initié la démarche de confirmation du cancer (que nous avons appelé la confirmation du diagnostic dans notre questionnaire) (le MG a-t-il prescrit les examens complémentaires ayant permis d'augmenter fortement la probabilité d'un cancer ? Quels examens ont été prescrits : biologie, imagerie, cytologie ?)*
- *Un autre spécialiste a initié la démarche de confirmation du cancer (un autre spécialiste est à l'origine de l'initiation de la démarche diagnostic ; était-ce dans le cadre d'une consultation, d'une hospitalisation, d'une prise en charge aux urgences ?).*

2.3 ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été saisies et analysées à partir du logiciel d'analyse statistique JMP. Nous avons décrit l'ensemble de la population, les variables qualitatives sont présentées en effectif et pourcentage, les variables quantitatives en termes de moyenne (écart-type).

Pour les analyses sur les facteurs associés à la réalisation du diagnostic de cancer nous avons réalisé des analyses univariées et ajustées sur le mode d'exercice, lieu de vie des patients. L'analyse univariée a été effectuée par le biais du test de Chi2 ou test exact de Fisher.



3 RESULTATS

3.1 TAUX DE PARTICIPATION



Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

3.2 DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Nous nous sommes tout d'abord intéressés aux modes d'exercice des médecins généralistes : urbain, semi rural ou rural.

On note que :

- 18% ; soit 361 médecins sur les 2003 ayant répondu au questionnaire, exerçaient leur activité en milieu rural,
- 34% (687/2003) en milieu semi rural
- et près de 48% (955/2003) en milieu urbain.

Dans notre échantillon de 2003 patients on retrouvait 51% (1024/2003) d'hommes. La moyenne d'âge était de 62,78 ans (écart type 10,8).

3.3 ÉVOCATION DU DIAGNOSTIC

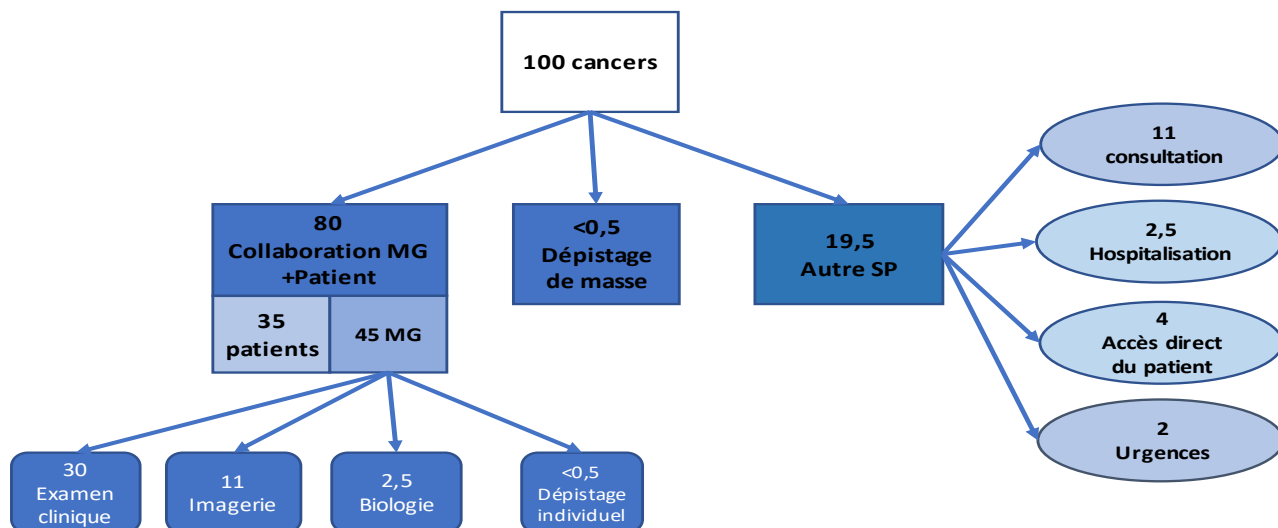


Figure 2 : Diagramme de flux représentant l'évocation des diagnostics de cancers

3.3.1 Le patient a évoqué le diagnostic

La deuxième partie du questionnaire était centrée sur l'initiation du diagnostic. Ainsi nous souhaitons connaître le rôle des patients dans la réalisation des diagnostics de cancers.

Sur 2003 patients, 706 personnes, soit 35% des patients, avaient évoqué spontanément le diagnostic de cancer lors d'une consultation médicale, 25,5% (511/2003) des patients avaient rapporté spontanément des signes cliniques ou des plaintes fonctionnelles (tableaux 1 et 3). Il s'agissait dans 28% (144/511) des cas de signes cutanés : nodule cutané, mélanome, ulcérations, masse. (Tableau 1).

Tableau 1 : Signes cliniques rapportés par le patient

	N=511	(%)
Signes cutanés	144	(28)
Signes digestifs	99	(19,3)
Signes généraux	74	(14,5)
Signes gynécologiques	34	(6,7)
Signes neurologiques	13	(2,5)
Signes orl	17	(3,5)
Signes respiratoires	62	(12)
Signes urologiques	51	(10)
Syndrome paranéoplasique	5	(1)
Syndrome tumoral	12	(2,5)
Total	511	(100)

3.3.2 Le médecin généraliste a évoqué le diagnostic

Sur les 2003 MG ayant répondu au questionnaire, 881 (soit 44%) avaient évoqué le diagnostic de cancer.

3.3.2.1 Place de l'examen clinique

Dans 65% (571/881) des cas le MG était capable d'évoquer le diagnostic de cancer après avoir réalisé l'interrogatoire et l'examen clinique du patient. Les signes cliniques les plus fréquemment mis en évidence d'après cette étude étaient les signes cutanés (19,4%), digestifs (20,8%) et les symptômes généraux (19,6%) - (Tableau 2).

Tableau 2 : Signes retrouvés à l'interrogatoire et lors de l'examen clinique par le médecin généraliste

Signes cliniques	N=571	(%)
Signes cutanés	111	(19,4)
Signes digestifs	119	(20,8)
Signes généraux	112	(19,6)
Signes gynécologiques	20	(3,5)
Signes neurologiques	21	(3,7)
Signes orl	37	(6,5)
Signes respiratoires	67	(11,7)
Signes urologiques	44	(7,7)
Syndrome paranéoplasique	14	(2,5)
Syndrome tumoral	26	(4,5)
Total	571	(100)

3.3.2.2 Place de l'imagerie

Dans cette étude, le médecin généraliste était à l'origine du diagnostic de cancer pour 44% des patients (881/2003). Pour 223 patients, soit 25% (223/881) ; le diagnostic avait pu être évoqué sur la base des résultats d'un examen d'imagerie. Cependant il apparaissait que dans la moitié des cas, il s'agissait en réalité d'une découverte fortuite.

3.3.2.3 Place de la biologie

Dans 6% des cas (51/881) les résultats d'un bilan biologique ont permis au MG d'évoquer la possibilité d'un cancer. Il faut alors préciser que dans 61% (31/51) des cas il s'agissait en réalité d'une découverte fortuite.

3.3.2.4 Place du dépistage individuel

Le dépistage individuel représentait moins de 1% des diagnostics de cancers initiés par les médecins généralistes. On ne rapportait que 7 cas de dépistage individuel sur les 881 patients concernés.

3.3.3 Le diagnostic est évoqué par un tiers

3.3.3.1 *Place du dépistage de masse*

Dans cette étude on ne retrouvait que 0.3% (6/2003) de dépistage de masse : 4 cas de cancer du côlon et 2 cas de cancer du col.

3.3.3.2 *Diagnostics évoqués par un autre confrère spécialiste*

- On rapportait 19 diagnostics de cancers évoqués par un confrère généraliste, remplaçant ou associé ; cela représentait 1% des cancers de l'étude.
- 41 diagnostics de cancers avaient été évoqués par un confrère aux urgences, ce qui représentait 2% des cancers.
- 11% (222/2003) des diagnostics de cancer avaient été évoqués par d'autres spécialistes en ambulatoire (Tableau 3).
- 2,5% (52/2003) diagnostics de cancers avaient été initiés par un autre spécialiste en hospitalisation.
- Sur les 2003 cas de cancers recensés dans cette étude, 76 diagnostics de cancers avaient été évoqués par un autre spécialiste en consultation par accès direct du patient. Cela représentait 3,8% des diagnostics de cancers.

Nous souhaitons ensuite savoir si le lieu de vie des patients influait sur l'accès aux autres spécialistes. Après ajustement sur le lieu de vie des patients, il semble qu'il n'y ait pas de lien entre ce dernier et l'accès direct aux autres spécialistes en oncologie ($p=0,685$) - (Tableau 3).

3.4 DEMARCHE DE CONFIRMATION DU CANCER

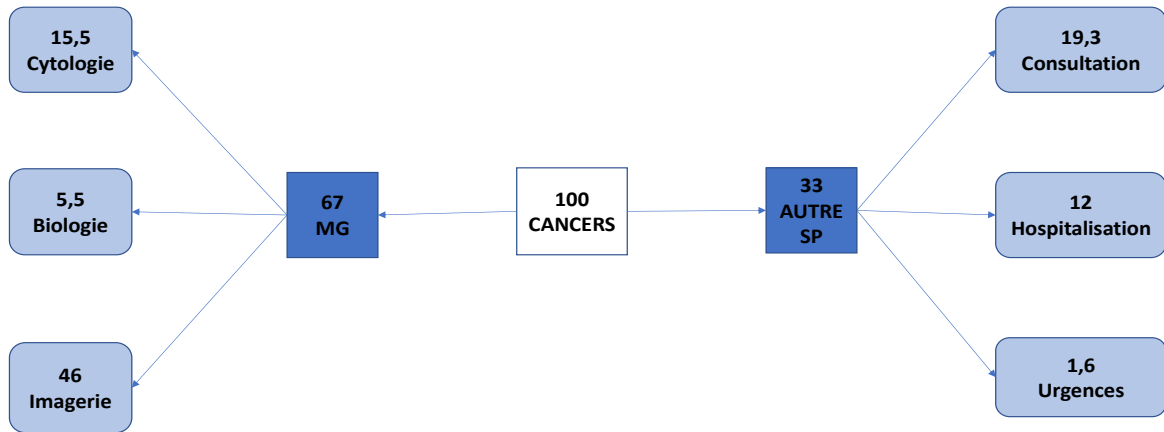


Figure 3 : Diagramme de flux représentant la démarche de confirmation des diagnostics de cancers

3.4.1 Le médecin généraliste est à l'origine de la démarche de confirmation du cancer

Il s'agissait de savoir quel rôle avait joué le MG dans la démarche de confirmation du diagnostic de cancer.

- Dans 67% (1335/2003) des cas, le médecin généraliste avait prescrit les examens complémentaires ayant permis d'augmenter la forte probabilité d'un cancer.
- Dans 69% (921/1335) des cas le médecin avait prescrit un examen d'imagerie,
- 8% (107/1335) des cas un examen biologique,
- et dans 22% (307/1335) des cas il s'agissait un examen cytologique.

Par ailleurs, après ajustement sur l'évocation du diagnostic, il semble que le MG ait plutôt tendance à prescrire lui-même les examens paracliniques permettant de renforcer la forte probabilité d'un cancer plutôt qu'à adresser son patient à un confrère spécialiste ($p < 0,0001$) après avoir simplement évoqué le diagnostic (Tableau 3).

3.4.2 Un autre spécialiste est à l'origine de la démarche de confirmation du cancer

Dans notre étude :

- 1,6% (33/2003) des diagnostics de cancers avaient été confirmés suite à un passage aux urgences,
- 12% (243/2003) dans le cadre d'une hospitalisation
- et 19,5% (392/2003) par un autre spécialiste en consultation (tableau 3).

Tableau 3 : Synthèses des résultats

Variables	Population globale N=2003	%	P univarié
Mode d'exercice			
Rural	N=361	18%	
Semi rural	N=687	34%	
Urbain	N=955	48%	
Sexe des patients			
Féminin	N=979	49%	
Masculin	N=1024	51%	
Diagnostic évoqué par le patient	N=706	35%	
Diagnostic évoqué par MG	N=881	44%	
Examen clinique	N=571	28,50%	
Imagerie	N=223	11%	
*découverte fortuite	N=111	50%	
Biologie	N=51	2,50%	
*découverte fortuite	N= 31	61%	
Dépistage individuel	N=7	0,40%	
Autre	N=29		
Diagnostic évoqué par un tiers	N=416	20,70%	
Dépistage de masse	N=6	0,30%	
Autre MG	N=19	1,00%	
Urgences	N=41	2%	
Autre spécialiste (SP) consultation	N=222	11%	
Autre spécialiste(SP) hospitalisation	N=52	2,70%	
Autre spécialiste(SP) accès direct du patient	N=76	3,80%	
Accès aux autres SP/Lieu de vie des patients			P=0,7685*
Rural	N=12	0,6%	
Semi rural	N=27	1,35%	
Urbain	N= 37	1,8%	
Examens prescrits par le MG ayant évoqué le diagnostic	N=647		P<0,0001*
Le médecin généraliste est à l'origine de la démarche de confirmation du cancer	N=1335	67%	
Imagerie	N=921	46%	
Biologie	N=107	6%	
Cytologie	N=307	15%	
Autre spécialiste à l'origine de la démarche de confirmation du cancer	N=668	33%	
Urgences	N=33	1,60%	
Hospitalisation	N=243	12%	
Consultation	N=392	19,40%	

*p obtenu selon le test du Chi2 ou exact de Fischer

4 DISCUSSION

4.1 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

4.1.1 Synthèse des principaux résultats

➤ **Le médecin généraliste est essentiel à la réalisation des diagnostics de cancers**

Cette enquête démontre que le médecin généraliste est à l'origine de la réalisation de diagnostics de cancers. Dans plus de 44% des cas il est le seul initiateur du diagnostic ; dans 67% des cas le MG est à l'origine de la démarche de confirmation du diagnostic de cancer.

➤ **Le tandem patient- MG est extrêmement performant dans la réalisation des diagnostics de cancers validant ainsi l'approche centrée patient**

Dans 35% des cas le patient a lui-même évoqué le diagnostic de cancers. En effet en rapportant différentes plaintes fonctionnelles, signes cliniques, les patients sont au centre du processus diagnostic.

Ainsi sur 2003 patients présentant un cancer, 1587 diagnostics ont été initiés en médecine générale, ce qui représente près de 80% des diagnostics de cancers dans notre étude.

Dans sa pratique le médecin généraliste doit prendre en compte la parole du patient.

Il doit entendre et comprendre sa plainte, évaluer l'inquiétude, la gravité, les répercussions des maux rapportés par chaque patient.

Il doit aussi explorer l'impact des symptômes que lui rapportent les patients ; sur le plan socio-professionnel, et dans la vie quotidienne (27-29).

C'est dans cette attitude d'écoute active et d'empathie que se développe la relation médecin-patient. Et c'est à travers ce partenariat que le diagnostic de cancer a pu être initié. Cette thèse permet de valider l'approche centrée sur le patient en cancérologie (41-42).

➤ **L'examen clinique et l'interrogatoire sont incontournables dans la réalisation des diagnostics de cancers**

Aujourd'hui, la médecine est dominée par la technique. Le corps est instrumentalisé par la technique médicale et les examens complémentaires.

Le rôle clé de l'examen clinique dans le diagnostic est largement mis en évidence dans cette enquête. L'examen clinique reste donc plus que jamais nécessaire. De plus il occupe une place importante dans la construction de la relation de confiance avec le patient.

➤ **Faible part des dépistages**

Dans cette étude la part des dépistages est faible. En effet on ne retrouve que 7 (0,35%) cas de dépistage individuel et 6 (0,3%) cas de dépistage de masse sur 2003 patients.

Ces résultats sont comparables aux données de la littérature :

- Pour le cancer du côlon (10) ; 5 millions de tests de dépistage étaient réalisés en 2016 en France, pour environ 43 000 cancers diagnostiqués, ce qui équivaut à 0, 1% des diagnostics de cancers.
- Pour le cancer du col (11-12), sur les 6 millions de frottis réalisés en 2016, environ 3 000 diagnostics de cancers sont réalisés, ce qui représente 0,05% des diagnostics de cancers.

- Pour le cancer du sein (14-15), sur 5 millions de mammographies réalisées en 2016, 54 000 cancers du sein sont réalisés, ce qui équivaut à 1% des diagnostics de cancers.

4.1.2 Biais de l'étude

Le biais principal est à notre sens d'avoir interrogé les MG au sujet de leur patientèle. L'utilisation d'un registre des cancers avec enquête rétrospective auprès des patients sur les modalités de découverte de leur cancer reste à faire, même si chaque patient a un médecin traitant.

On peut critiquer le choix de l'auto-questionnaire puisqu'il peut entraîner un biais de mémorisation. De plus toutes les réponses aux questions concernant les pratiques des médecins, sont déclaratives. Ceci est caractéristique des enquêtes épidémiologiques rétrospectives.

Par ailleurs les médecins interrogés ont été contactés par mail. L'absence d'authentification des correspondants et la confidentialité relative des données peuvent constituer un frein pour les médecins interrogés. En revanche cela nous permet de contacter un grand nombre de médecins afin de recueillir un maximum de données sur ce sujet. Si nous avions fait le choix de réaliser des entretiens individuels nous n'aurions recueilli que très peu de données.

Nous avons choisi d'utiliser la base de données de FMC action pour plus de facilité parce qu'elle comprend un très grand nombre de médecins libéraux en exercice et qu'elle est mise à jour au fil de l'eau. Cependant plusieurs médecins n'ont pas pu répondre au questionnaire car ils étaient à la retraite depuis plusieurs années ou encore par ce qu'ils ne pratiquaient plus la médecine générale en libéral.

L'utilisation d'un registre d'une association de MG peut constituer un biais de sélection, on peut alors critiquer la représentativité de notre échantillon. Mais les autres bases de données existantes (Ordre ou URPS) ne sont pas plus fiables ou exhaustives.

Les médecins ayant accepté de répondre au questionnaire sont sans doute les plus intéressés ou les plus motivés par la cancérologie. Cela peut entraîner une surestimation de certaines réponses concernant l'implication dans ce domaine.

Par ailleurs on peut aussi critiquer le choix d'un seul patient par MG, ce choix limité n'est peut-être pas représentatif de l'ensemble des patients au sein des cabinets de médecine générale.

Taux de réponses

Au cours de cette étude 34 584 médecins ont été contactés. Nous avons récolté près de 2 003 réponses entre les mois de novembre 2016 et mars 2017 en trois envois. Cela constitue un taux de réponse de 5,7%.

On regrette le faible taux de participation des médecins généralistes à cette enquête. La participation que nous avons obtenue montre que le questionnaire a reçu un accueil plutôt mitigé auprès des médecins généralistes.

On peut s'interroger sur le manque d'intérêt des médecins pour cette enquête que l'on peut imputer :

- soit au choix du sujet de l'enquête
- soit au type du questionnaire composé de questions fermées, ne laissant pas la possibilité au médecin de s'exprimer librement sur le sujet
- soit à la contrainte de compléter le questionnaire

Données sociodémographiques

Dans notre étude :

- 18% des médecins exerçaient leur activité en milieu rural,
- 34% en milieu semi rural
- et près de 48% en milieu urbain.

Ces données étaient superposables aux chiffres de démographie médicale en France (17).

Le questionnaire que nous avons élaboré ne permettait pas de faire préciser aux médecins généralistes leur lieu précis d'exercice. Ainsi nous aurions pu établir des comparaisons selon les régions.

Type, nature des cancers

Nous n'avons pas souhaité faire préciser de quel cancer étaient atteints les patients. L'objectif principal de l'étude étant de préciser les modalités de découverte des cancers par les médecins généralistes. Nous voulions ainsi faire le point sur les outils dont dispose le médecin pour réaliser des diagnostics en oncologie. L'étude était donc centrée sur la pratique des médecins généralistes.

4.2 COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE

Afin d'étayer cette discussion, nous avons retrouvé dans la littérature plusieurs enquêtes qui avaient un sujet similaire.

En 2000, dans la thèse de Daniel CAMILLERI (5), on a pu lire que la première consultation orientant le diagnostic de cancer était réalisée à 88% par le médecin généraliste avec :

- 73% de diagnostic orienté,
- 14% de dépistage organisé
- et 12% de découverte fortuite.

Dans une étude réalisée par Tarek BOICHE en 2004 (*suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes*), il apparaissait que le médecin généraliste était, dans 85% des cas, à l'origine du diagnostic et prescrivait, dans près de 66% des situations, les premiers examens complémentaires. Cette étude avait été menée auprès de 132 médecins du Poitou (16).

D'après un article publié en 2009 dans « *Pratique Des Soins et Organisation* », le DR BUGENER (6) a mené une enquête en Norvège et en France sur le rôle des médecins généralistes dans la prise charge des cancers.

Ils se disaient ainsi « à l'origine de la découverte du cancer pour 78% des patients (83 % en Norvège), à partir d'une suspicion pour 58 %, d'un dépistage proposé à 19 % ou fortuitement pour 16 % ». Ils ont également prescrit les premières investigations pour 70 % d'entre eux.

En décembre 2016 « *Journal of Cancer Survivorship* » (7) publiait une revue de la littérature axée sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des cancers.

58 études (25 quantitatives et 33 qualitatives) ont été incluses. Ces études menées en Europe, au Royaume-Uni, en Australie, au Canada et aux États-Unis reflétaient les points de vue des patients et des médecins généralistes sur la place des MG dans la prise en charge des cancers.

Parmi elles, une étude canadienne datant de 2010 (44) menée chez 395 patients présentant un cancer pulmonaire, montrait que pour 60% de ces patients le MG avait initié le diagnostic de cancer.

Pour le reste, les travaux concernaient surtout l'implication du MG au cours de la prise en charge des cancers après l'annonce diagnostique : son rôle dans la coordination des soins, le suivi des patients, dans la gestion des effets secondaires dus aux traitements à la fois sur le plan physique et psychologique mais aussi dans la gestion de la douleur et des soins palliatifs.

Finalement, dans la littérature on retrouve beaucoup d'éléments sur l'implication des MG au cours de la prise en charge des cancers à l'issue du diagnostic mais peu d'éléments sur la participation du MG à la réalisation des diagnostics de cancers.

Dans notre enquête nous avons fait le choix de distinguer la place du patient et celle du médecin généraliste. Ainsi, si nous parlons des diagnostics de cancers initiés en soins primaires, nous pouvons cumuler les diagnostics évoqués par le patient (qui a consulté d'emblée son médecin traitant pour lui faire part de ses craintes quant à un éventuel cancer) et par le médecin généraliste (médecin traitant, médecin remplaçant, associé, collaborateur). Il apparaît alors que 80% des diagnostics sont initiés en médecine générale.

Ces chiffres sont donc superposables aux quelques données retrouvées dans la littérature. De plus nous pouvons aussi affirmer que la réalisation des diagnostics de cancers est optimisée si la pratique médicale est centrée sur le patient.

4.3 PERSPECTIVES - APPROCHE CENTREE PATIENT

Il apparait bien, à travers ce travail, que le MG joue un rôle central dans le parcours de soins en cancérologie, depuis l'initiation du diagnostic à la gestion des effets secondaires des traitements (25-27).

L'augmentation des cas de cancers et l'arrivée des traitements ambulatoires dans la prise en charge des patients bousculent les habitudes établies (28).

En ce sens, il paraîtrait alors légitime que le MG soit pleinement intégré aux réseaux et comités décisionnaires en cancérologie. Le MG doit affirmer son rôle dans la prise en charge des cancers. Cette action ne peut se faire que dans le cadre de l'approche centrée sur le patient (ACP) (42 et 43).

L'efficacité de l'ACP a été démontrée dans le cadre du dépistage du cancer du côlon. En effet, en 2012 l'équipe du DR LE BRETON a publié un article dans « *Preventive Medicine* » (43). Cette étude a permis de démontrer que le MG pouvait améliorer la participation des patients au dépistage dans le cadre d'une approche centrée sur le patient. Le fait d'être proactif, de prendre en compte le patient dans sa globalité en considérant aussi l'entourage, de se positionner comme expert du problème, de gérer le temps de manière efficiente, d'expliquer la réalisation du test et d'aider à sa réalisation, permet d'augmenter l'efficacité du programme de dépistage notamment auprès des patients les plus jeunes et des résidents des zones géographiques les plus défavorisées.

En 2016 le DR AUBIN AUGER et son équipe ont publié une étude du même type dans « *European Journal of Cancer Care* » (45).

Il s'agissait de comparer la participation des patients au dépistage du cancer colorectal dans 2 groupes de MG : un groupe témoin et un groupe d'intervention.

Les omnipraticiens issus des cabinets du groupe témoin ont été invités à poursuivre leurs soins habituels. Les omnipraticiens du groupe d'intervention ont reçu une formation pédagogique de 4 heures, construite avec des données qualitatives sur le dépistage du cancer colorectal, mettant l'accent sur la communication médecin-patient.

Les patients ont été suivis pendant 7 mois pour les deux groupes. Le critère de jugement

principal était le taux de participation des patients aux campagnes de dépistage pour le CCR.

17 omnipraticiens (16 cabinets) dans le groupe d'intervention et 28 omnipraticiens (19 cabinets) dans le groupe témoin ont participé. Le taux de participation des patients au dépistage du cancer colorectal dans le groupe d'intervention était de 36,7% contre 24,5% dans le groupe témoin ($p= 0,03$).

La communication entre le médecin et le patient semble être l'une des pistes possibles de l'amélioration de l'observance et du taux de participation des patients dans la population cible pour le dépistage de masse du CCR.

Le modèle ACP renvoie à une rencontre entre deux personnes qui s'influencent mutuellement. Le médecin doit développer des capacités d'adaptabilité, de flexibilité, et de disponibilité afin de comprendre au mieux la personnalité du patient, ses facteurs de vulnérabilité, ses facteurs protecteurs, sa vision de lui-même, ses résistances, ses besoins et ses motivations afin d'améliorer sa prise en charge notamment en cancérologie.



5 CONCLUSION

Depuis le Plan Cancer 2009, on prend conscience que face au cancer, le rôle des médecins généralistes est fondamental dans une perspective d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge des patients.

Nous avons mené une étude épidémiologique rétrospective afin d'identifier l'espace investi par les médecins généralistes dans le diagnostic des cancers. Nous souhaitons décrire les modalités de découverte des cancers dans un échantillon de population de médecine générale.

Il apparaît que 80% des diagnostics sont initiés par le Médecin Généraliste en collaboration avec le patient. Dans plus de 65% des cas, le MG est à l'origine de la démarche de confirmation du cancer.

Malgré la place prépondérante des examens paracliniques, l'examen clinique reste essentiel à la réalisation des diagnostics notamment en cancérologie.

Le tandem médecin généraliste-patient est extrêmement performant dans la réalisation des diagnostics de cancers.

Cette étude démontre que la pratique d'une médecine centrée sur le patient au sens développé par M Stewart est indispensable au diagnostic de cancer.

Il semble essentiel que le patient soit informé, éduqué afin de reconnaître les signes pouvant alerter et faire craindre un cancer.

Le médecin généraliste peut et doit être l'un des acteurs principaux de l'Education pour la Santé du patient.

Il paraît légitime de se demander pourquoi les médecins généralistes ne sont pas mieux représentés au sein des différents groupes décisionnaires en cancérologie, des réunions de concertation pluri-professionnelles, des groupes de travail chargés d'élaborer les recommandations ou encore au sein des réseaux autour du patient atteint de cancer.

En 2017, la constitution d'un programme de soutien à la recherche en médecine générale en cancérologie dans le cadre d'un partenariat Institut National du Cancer (INCa) - Collège de la Médecine Générale (CMG) est une avancée dans ce sens.



6 BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National Du Cancer. Le Plan Cancer 2014-2019 - [Internet]. 2015 févr. [cité 26 août 2017]. (Documents institutionnels / Plan cancer). Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
2. Institut National Du Cancer. Le Plan cancer 2009-2013 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 | [Internet]. [Cité 26 août 2017]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
3. Institut National Du Cancer. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 | [Internet]. [Cité 26 août 2017]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
4. Couraud C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. Paris 7 ; 2011.
5. Camilleri D. Modalités de découverte des cancers dans un échantillon d'un cabinet de médecine générale. 2000. Th. Med., Montpellier.
6. Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? Treating cancer: how are the roles shared between general and specialist medicine? Pratiques et Organisation des Soins. 1 Déc. 2011 ;40(3) :191-6.
7. Meiklejohn J, Mimery A, Martin J, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. J Cancer Surviv, 2016
8. Social aspects and cancer: information dedicated to cancer patients and relatives. Bull Cancer. 2005 Dec. ;92(12) :1093-113
9. Summerton N. Diagnosis and general practice. Br J Gen Pract. 2000 Dec.
10. Institut National Du Cancer. Le dépistage du cancer colorectal en pratique - Dépistage du cancer colorectal | [Internet]. 2015 mars [cité 26 août 2017]. (Outils de communication grand public). Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-depistage-en-pratique>
11. Duport N. Cancer du col de l'utérus | [Internet]. France : Institut National Du Cancer; 2016 Avr. [cité 26 août 2017]. (Les Données). Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>
12. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus Etat des connaissances [Internet]. 2007 janv. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cancer_col_uterus_connaissances.pdf

13. Institut National Du Cancer. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents | [Internet]. 2016 [cité 26 août 2017]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
14. Rogel A, Hamers F, Quintin C, de Maria F, Bonaldi C, Beltzer N. Incidence et dépistage du cancer du sein en France [Internet]. France ; 2016 [cité 26 août 2017]. (Maladies chroniques et traumatismes). Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Incidence-et-depistage-du-cancer-du-sein-en-France>
15. Libert Y, Conradt S, Reynaert C, Janne P, Tordeurs D, Delvaux N, et al. Améliorer les stratégies de communication des médecins en oncologie : état des lieux et perspectives futures. Bulletin du Cancer. 14 Janv. 2002 ;88(12) :1167-76.
16. Boiche T. Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : Enquête auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes. Poitiers ; 2005.
17. Le Breton-Leroubillois G. Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1^{er} Janvier 2016. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS ; 2016 p. 1-310.
18. Certain MH. Cancers, les défis de l'innovation [Internet]. 2016 [cité 26 août 2017]. Disponible sur : <http://www.cancer-lesdefisdellinnovation.fr/patients/cancer-le-medecin-generaliste-un-point-d-ancrage-pour-les-patients/74/>
19. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature, Summary. Santé Publique. 19(5):413-25.
20. Matz Flye Sainte Marie, Cécile. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires [Internet]. Lorraine ; 2011 [cité 26 août 2017]. Disponible sur : <https://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-14903>
21. Catimel H. Etude rétrospective du parcours de soins des patients suivis en oncogériatrie au CHU de Nîmes du 1er janvier au 31 octobre 2014. Montpellier ; 2015.
22. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient. Médecine. 1 mai 2010 ;6(5) :221-7.
23. Pelicier N. L'annonce du diagnostic de cancer. Rev Prat. Nov. 2006 ;1997-2003.
24. Summerton N. Diagnosis and general practice. Br J Gen Pract.2000 Dec. ;50(461): 9951000. PubMed PMID 11224975.
25. Summerton N. Cancer recognition and primary care. Br J Gen Pract 2002 Jan; 52(474)5-6
26. Hamilton W. Five misconceptions in cancer diagnosis. Br J Gen Pract. 2009 Jun; 59(563) :441-5, 7.

27. Rougé Bugat, Marie-Eve. Place du médecin généraliste dans la nouvelle organisation des soins en cancérologie. 2014. Th. Med., Toulouse.
28. Guillou P. Le médecin généraliste, le cancer et la vérité. In : Les vérités du cancer [Internet]. Springer, Paris ; 2008 [cité 26 août 2017]. p. 133-44. (Psycho-Oncologie). Disponible sur : https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-287-72408-4_10
29. Loacker-Lang C. Le médecin généraliste et les réseaux de soins en cancérologie. [Strasbourg] : Université de Louis Pasteur ; 2000.
30. Moatti J, Corroller AGL, Soriano Christel. Le Plan Cancer en France. Bulletin du Cancer. 1 Nov. 2003 ;90(11) :1010-5
31. Institut National Du Cancer. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. 2016 [cité 26 août 2017]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
32. Institut national du cancer. Les cancers en France [Internet]. Boulogne Billancourt ; 2015 Janv. [cité 26 août 2017]. (Les Données). Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-colorectal>
33. Compagnon L. Les niveaux de compétences. Exercer, la revue de médecine générale. Exercer. 2013 ;156-64
34. Stalder H. Médecine générale – pensée linéaire et complexité. Revue Médicale Suisse. Mai 2013
35. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. Bulletin du Cancer. 1 mai 2012 ;99(5) :557-62.
36. H Garcia Giannoli, AJ Sasco. Prévention des cancers par les médecins généralistes du Rhône : une enquête déclarative. Bulletin du Cancer. 1996 ;853-63.
37. Prise en charge du cancer : quelle place pour le médecin généraliste ? France info [Internet]. 15 Déc. 2015 [cité 26 août 2017] ; Disponible sur: http://www.francetvinfo.fr/sante/cancer/prise-en-charge-du-cancer-quelle-place-pour-le-medecin-generaliste_1224067.html
38. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale – Science Direct [Internet]. [Cité 27 août 2017]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762013002095>
39. ORS PACA, SESSTIM. Rôle des MG dans la prise en charge des cancers après le diagnostic de la maladie » Troisième vague du Panel 3 des médecins généralistes de ville. DREES, de l’Inca, de l’ORS PACA, de l’ORS Poitou-Charentes ; 2014.

40. N Summerton, S Mann, J Sutton, A Rigby, A Theakston, J Clark, H Williams-Hardy, A Summerton; Developing clinically relevant and reproducible symptom-defined populations for cancer diagnostic research in general practice using a community survey, *Family Practice*, Volume 20, Issue 3, 1 June 2003, Pages 340–346, <https://doi.org/10.1093/fampra/cm317>
41. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991 ;303 :1385-7.
42. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*. 2001 ;332 :444-5.
43. Stewart M, Belle Brown J, Wayne W, et al. *Patient-Centered Medicine transforming the clinical Method*. Third Edition. Radcliffe Publishing London- New York. CRC Press 2013
44. Le Breton J, Journy N, Attali C, Le Corvoisier P, Brixi Z, Bastuji-Garin S, Chevreul K. Improving participation in colorectal cancer screening: targets for action. *Prev Med*. 2012 Nov;55(5):488-92.
45. Aubin M, Vézina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, et al. Family physician involvement in cancer care follow-up: the experience of a cohort of patients with lung cancer. *Ann Fam Med*. 2010;8(6):526–32. doi:10.1370/afm.1171.
46. Aubin-Auger I, Laouénan C, Le Bel J, Mercier A, Baruch D, Lebeau JP, Le Trung T, Youssefian A, Peremans L, Van Royen P. Efficacy of communication skills on colorectal cancer screening by GPs: a cluster randomized control trial. *Eur J Cancer Care*. 2016 Jan;25(1):18-26.
47. Kostev K, Meister U, Kalder M, Jacob L. *Oncotarget*. 2017 Sep 14;8(48):84540-84545. 10.18632/oncotarget.20886. eCollection 2017 Oct 13.
48. Toftegaard BS et al. *Implement Sci*. A geographical cluster randomised stepped wedge study of continuing medical education and cancer diagnosis in general practice.(2014).
49. Cancer suspicion in general practice, urgent referral and time to diagnosis: a population-based GP survey and registry study.Jensen H et al. *BMC Cancer*. (2014)
50. Cancer prognosis by general practitioners.Wooff E et al. *Eur J Gen Pract*. (2012)

METHODS OF DISCOVERY OF CANCERS IN A SAMPLE OF PATIENTS IN PRIMARY CARE

Abstract

Background.

Since the FCP 2009-2014, we are aware that facing cancer, the role of practitioners is essential with a view to improving the quality and efficiency of the care of patients. The couple doctor general practitioner-patient is extremely effective in achieving diagnoses of malignant neoplastic diseases.

Objective.

The main purpose of this study is to identify the terms of discovery of cancer in a population of general medical patients. It is as well interesting to identify the ways diagnostics are implemented by the GPs and to evaluate the importance of clinical testing and complementary explorations.

Methods.

We took a retrospective observational epidemiological survey conducted by self-report with GPS installed in liberal in France. The questioned doctors constituted the database of an association of continuing medical education: "FMC Action". The study was carried on between November 2016 and March 2017 from 34584 doctors. We asked doctors interviewed to refer to the last patient seen in consultation and cancer, regardless of the cause for this consultation, regardless of the stadium and the nature of cancer.

Results.

It seems that 80% of the diagnoses are introduced in primary attention by the GP in collaboration with the patient. In more than 65% of the cases the GP allowed the confirmation of the diagnosis of cancer. Despite the predominance of paraclinical examinations, clinical testing is indispensable to the realization of diagnostics in oncology.

Conclusion.

This survey demonstrates that the practice focused on the patient in the sense developed by M Stewart is all important to the realization of diagnoses of cancers. And so, it appears essential that the patient be informed, educated to distinguish the signals that can alert and fear cancer. The GP can and should be one of the principal actors of Education for the wellness of the patient. It looks logical to ask why GP are not better represented in decision-making groups in oncology, multiprofessional meetings in working groups to develop recommendations or to networks around the cancer patient.

Keywords: [diagnosis](#), [cancer](#), [primary health care](#), [patient centered care](#)

Topic: [oncology](#), [continuity of patient care](#), [physicians](#), [family](#), [primary health care](#), [diagnosis](#), [pathology](#), [patient centered care](#)

Issue Section: [Retrospective observational epidemiological survey](#)

BACKGROUND

Approximately 355000 people are diagnosed with cancer each year in France, including 200,000 men and 155 000 women. The incidence of cancers doubled in the past 30 years, but at the same time, mortality regularly decreased. Today, three million people surviving with malignant neoplastic disease". (French National Cancer Plan 2014-2019) (1) The cancer is a pathology reporting mainly, if not primarily, a medical intervention of the second or third resort.

Since 2003, three French National Cancer Plans have come later. (1, 2, 3) The first French National Cancer Plan (FNCP) ambition is to cure more sick people, by promoting early diagnoses and ensuring access for all to quality medicine and inventions. But beyond improving care and medical practices, FNCP offers a comprehensive support of the individual, weighing all its needs to uphold the continuity and the quality of life during and after the illness. The FNCP 2014-2019, seeks to provide all the same opportunities to reconstruct and to implement to the faster therapeutic innovations. FNCP suggest as well as the character of general practitioners (GPs) may be otherwise defined residually with a view to ameliorating the quality and efficiency of decision-making in charge patients.

In this survey, we have sought to identify space invested by GPs in the diagnosis of malignant neoplastic diseases.

According to an article published in 2009 in the Care practice and the Organization (5), the team of DR BUGENER, conducted a survey in Norway and France on the role of GPs in cancer treatment decision-making. GPs were at the origin of the revealing of the cancer for 78% of the patients (83% in Norway), from a suspicion (58%), screened (19 %) or accidents (16%). They had also mandated the preliminary investigations for 70% of them, to point their patients wisely in having already rejected or refined assumptions.

In the December 2016 Journal of Cancer Survivorship (6) published a literature review focused on the role of the general practitioner in the management of cancers. 25 quantitative and qualitative 33 items have been included in this survey. The articles focused on the opinions of patients and practitioners on the role of GPs in monitoring and cancer care. Some studies focused on the current role of the GPs, the obstacles and the participation of practitioners in the management of malignant neoplastic diseases.

Therefore, it seemed that GPs play a central part in the coordination of care, screening, diagnosis, management of the physical and psychological consequences of malignant neoplastic disease, but also in the management of symptoms, pain, of the promotion of health, palliative care and continuity of maintenance.

Our research question is what are the procedures for discovery of cancer in a population of general practice?

The primary aim of this survey is to identify the terms of discovery of cancer in a population of general medical patients. It is as well interesting to identify the ways diagnostics are implemented by the GPs and to evaluate the importance of clinical testing and complementary explorations.

METHODS

Study design and recruitment

We took a retrospective observational epidemiological survey conducted by self-report with GPS installed in liberal in France. The questioned doctors constituted the database of an association of continuing medical education: "FMC Action". The study was carried on between November 2016 and March 2017 from 34584 doctors. The questionnaires were sent by email in November 2016, 2017 January and March 2017. We asked doctors interviewed to refer to the last patient seen in consultation and cancer, regardless of the cause for this consultation, regardless of the stadium and the nature of cancer.

Data collection and analysis

The questionnaire was anonymized and created with the Google FORMS software composed of 28 closed questions. The questionnaire consisted of 3 main parts: you and your patient (to collect socio-demographic data: exercise of practitioners: rural, semi-rural, urban stablish, age and gender of the patients), initiation of the diagnosis (the patient referred for the diagnosis, the general practitioner referred to the diagnosis, the diagnosis is proposed by a third), confirmation of the diagnosis (the GP confirmed the diagnosis, the diagnosis was corroborated by a third)

Data analysis

Data were entered and studied from the JMP statistical analysis software. We have traced the entire population, the qualitative variables are presented in numbers and percentage, the quantitative variables in terms of norm (standard deviation). Analyses of the factors associated with the achievement of cancer diagnosis. We did analysis univariate and adjusted to the mode of exercise, place of the life of the patients. The univariate analysis was led through the Chi2 test or Fisher's exact test.

RESULTS

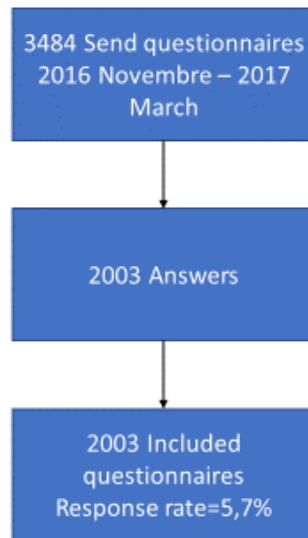


Table 1: Flow chart of the study

Socio-demographic information

We are first concerned in the GPs exercise modes. It was noted that 18%; or 361 doctors on the 2003 that responded to the questionnaire, exercised their activity in rural areas, 34% in semi-rural and almost 48 % in urban areas. In our sample, there were 51% of males. The modal age was 62,78 years (standard deviation 10.8) (Table1).

Cancer diagnosis fulfilment

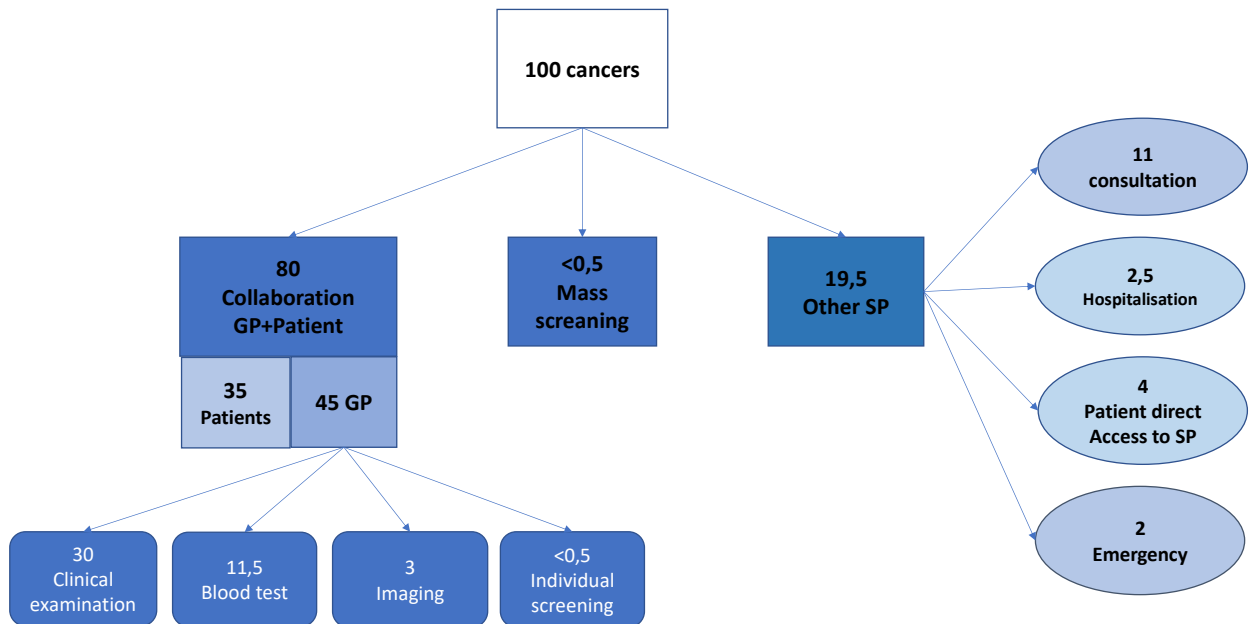


Table 2: Flow chart of cancers diagnosis fulfilment

The patient referred for diagnosis. The second section of the questionnaire focused on the initiation of the diagnosis. We wanted to recognize the role of patients in the actualization of the diagnoses of cancers. 35% of the patients (706/2003) had mentioned spontaneously cancer diagnosis during a medical consultation, 25.5% of the patients reported spontaneously from the clinical signs or functional complaints (Table 1). It was at 28% of lawsuits of skin: melanoma, skin nodule, ulcerations, mass. (Table 2)

The general practitioner referred for diagnosis. 44% (881/2003) had initiated the diagnosis of malignant neoplastic disease. We then wanted to know if whether the recognition of cancer by the GP diagnoses differed according to the way of recitation. After defining the practice mode, it seems that there is more diagnostic of cancer initiated by the GP in urban areas ($p = 0,018$) (Table 1).

- Clinical examination place: in 65% of cases, the GP could indicate the diagnosis of cancer after completing the testing and clinical examination of the patient. The most frequently updated clinical signs highlight, this study were skin signs (19.5%), digestive problems (21%) and general symptoms (19.5%). (Table 3)
- Place of imaging: In this study, the GP was originally diagnosed with cancer in 881 patients (44%). In 25% (223/881) of cases, the diagnosis could be established based on the outcomes of a review by Imaging. However, it appeared that in half of the cases, it's a fortuitous encounter.
- Place of biology: in 6% of cases (51/881) initiated by the GP diagnosis was by a biological review. And then, it should be mentioned that in 61% of instances, it was a chance find.

- Place the individual screening: the individual screening represented less than 1% of the diagnoses of cancer initiated by practitioners. Just 7 examples of individual screening on the 881 patients were described.

The diagnosis is suggested by a third

- Mass screening: in this study there were 6 cases of mass screening (0.3%): 4 cases of colon cancer and 2 cases of cervical cancers.
- Referred to by another: it was reported that 19 diagnoses of cancers initiated by a GP colleague: replacement or partner. This represented 5% of the diagnoses of cancers in the study. 41 diagnoses of cancers had been initiated by a colleague in the emergency room, which represented 9% of the diagnoses of cancers. 222 (11%) cancer diagnoses had been initiated by other specialists as an outpatient. (Table 1). 52 diagnoses of cancers (2.6%) had been initiated by another specialist in hospital. In 2003 cases of cancers identified in this study, 76 diagnoses of cancers had been initiated by another specialist in consultation with direct access to the patient. This represented 23% of the diagnoses of cancers. We then wanted to know if the place of life, of the patients affected access to other specialists. After adjustment on the place of life, of the patients, it seems that there is no link between the place of life, of the patient and direct access to the other SP ($p = 0,685$). (Table 1)

First Confirmation step of cancer

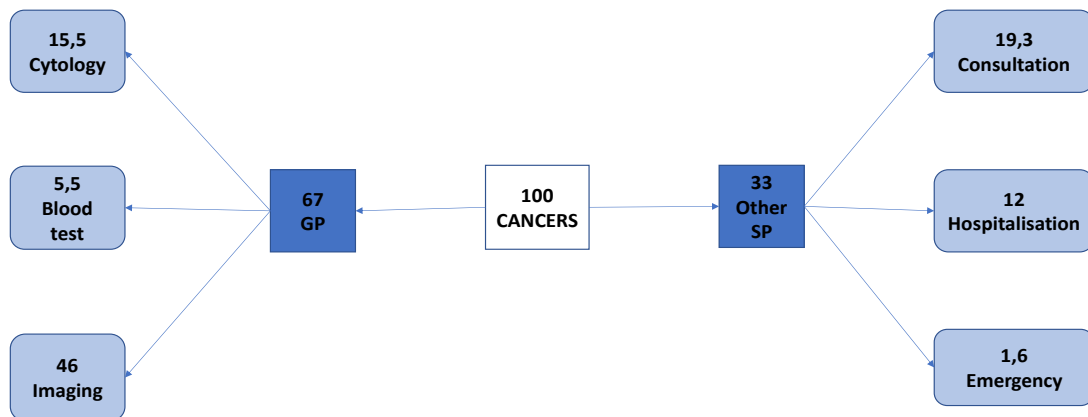


Table 3: Flow chart representing the first step of cancers 'confirmation

- Cancer confirmation initiated by GP: In 67% of cases the GP had prescribed additional examinations that allowed the confirmation of the diagnosis. In 69% of cases the doctor had prescribed an imaging test, 8% of the cases a biological review had allowed the confirmation of the diagnosis and in 22% of cases it was a cytological exam. After adjustment on the initiation of the diagnosis, it seems that the GP rather tend to prescribe himself preclinical exams, allowing the confirmation of cancer instead to send his patient to a specialist colleague ($p < 0.0001$). (Table 1)
- Cancer confirmation initiated by another specialist: In our study, 5% of cancer diagnoses had been confirmed in emergencies, 36% as part of a hospital and 58% by another specialist in consultation. (Table 1)

DISCUSSION

Main findings

The general practitioner is essential to the realization to diagnose cancers. This investigation demonstrates that the GP is in the heart of the realization of cancer diagnoses. In more than 44% of cases it is the only originator of diagnosis, in 66% GPs allowed the confirmation of the diagnosis of cancer.

The couple patient-GP is extremely powerful in the actualization of the diagnoses of cancer, thereby validating the patient centered approach. In 35% of cases the patient referred for the diagnosis of cancer. By bringing different functional complaints, clinical signs, patients are at the midpoint of the diagnosis process. Consequently, on 2003 patients with cancer, 1587 diagnostics was conducted in primary care: they are initiated by the patient or by the GP, which represents about 80% of cancer diagnoses in our area.

The GP must consider the word of the patient, must hear and understand his complaint, assess anxiety, gravity, the jolt of the complaints reported by each patient. It must also explore the impact of symptoms covered by patients; on the socio-professional level, and in daily life. It is in this attitude of listening and empathy that develops the doctor-patient relationship. And it is through this partnership that the realization of the diagnoses of cancers seems strongest. This thesis validates the cancer patient-centered approach.

Clinical testing is indispensable in achieving diagnoses of malignant neoplastic diseases. Today, medicine is dominated by technology, as demonstrated by the growth of diagnostic and therapeutic tests. Now, the body is exploited by medical technology.

The diagnostic use of clinical testing is widely highlighted in this study. In 65% of cases the GP can suggest the diagnosis of cancer after completing the testing and clinical examination of the patient. In 25% of cases the diagnosis could be established on the base of the outcomes of a review of imaging and in 6% of instances according to the outcomes of a biological assessment. Clinical examination remains a duty to the patient. It fills an important position in the structure of the relationship of trust with the patient. Pre-clinical examinations can in no way substitute for the consultation and the clinical examination of patients.

The low share of screening in this survey. Indeed, there were only 7 (0.35%) cases of individual screening and 6 (0.3%) cases of mass screening on 2003 patient screening. These results are comparable to the data in the literature.

- For colon cancer (6); 5 million screening tests were carried out in 2016 in France, to about 43000 diagnosed cancers, which equals 0, 1%;
- For cervix cancer (8), on the 6 million smears made in 2016, about 3000 diagnoses of cancers are made, representing 0.05%
- -For breast cancer (9, 10), about 5 million mammograms performed in 2016, 54 000 breast cancers are made, which equals 1% the mode of exercising influence the realization of the diagnoses of cancers by the GP

Study strengths and limitations

We can criticize the self-report choice as there might be a bias of memorization. More resolutions to doubts about the practices of doctors, are declarative. It is typical of epidemiological retrospective studies.

Also surveyed physicians were contacted by email. The lack of correspondents' authentication and the relative confidentiality of data may represent a barrier for the interviewed doctors. On the other hand, allows us to reach many doctors to collect a maximum of data on this subject, if we had made the choice to conduct individual interviews we have collected that very little data.

We chose to use the database of FMC action for your convenience. We receive a registry that lets us to email many doctors. The function of a register of an association of GPs can be a selection bias, we can then criticize the representativeness of our sample. The inductive reasoning of our answers to the whole of the soil must remain cautious.

Furthermore, we can also criticize the selection of a single patient with GPs, this limited choice may not be representative of all patients in general medical offices.

Sociodemographic data selection bias. In our study, 18% of doctors exercised their activity in rural areas, 34% in semi-rural and almost 48 percent in urban areas. These data were stackable figures of medical demography in France (roof installation of doctors in France 2015 conditions) (13). Physicians based distribution on the mode of exercise in our study are representative of the medical demography in France. The questionnaire that we developed did not clarify practitioners with their precise locations of physical exertions. Then we could make comparisons according to the areas.

Type, nature of cancers. We did not bid to clarify what cancer patients were contacted. The primary aim of the survey is to clarify the terms of discovery of cancers by practitioners. The study was then concentrated on the practice of family doctors.

Discussion of results and comparison with existing literature

In December 2016 Journal of Cancer Survivorship (7) published a review of the literature focusing on the role of the general practitioner in the management of cancers. 58 studies (25 quantitative and 33 qualitative) were included. These studies in Europe, the United

Kingdom, Australia, Canada and the United States reflected the views of patients and general practitioners on the place of GP in cancer care.

Among them, a 2010 Canadian study () conducted in 395 patients with lung cancer, showed that in 60% of these patients the GP had initiated the diagnosis of cancer.

For the rest, the work focused mainly on the involvement of GP in the management of cancers after the diagnostic announcement: its role in the coordination of care, monitoring of patients, in the management of side effects due to treatments both physically and psychologically but also in the management of pain, palliative care.

Finally, in the literature we find many elements on the involvement of GP in the management of cancers at the end of the diagnosis, but little evidence on the involvement of GP in the realization of cancer diagnoses.

In our survey we made the choice to distinguish the place of the patient and general practitioners (associate colleagues, substitutes). It appears that 80% of diagnoses are initiated in primary care.

These figures are therefore superimposable on the few data found in the literature.

Moreover, we can also affirm that the realization of cancer diagnoses is optimized if medical practice is centered on the patient.

Perspectives, Patient Centered Approach

It is clear from this work that GP plays a central role during cancer care, from the initiation of diagnosis to the management of treatment side effects (25-27). The increase in cases of cancer, the arrival of outpatient treatments in the care of patients upsets established habits (28). In this sense, it would seem legitimate for GP to be fully integrated into decision-making networks and committees in oncology. The GP must affirm its role in the management of cancers. This can only be done within the context of the Patient Centered Approach (PCA).

The efficacy of PCR has been demonstrated in the context of colon cancer screening. Indeed, in 2012 the DR LE BRETON team published an article in Preventive Medicine (43). This study has demonstrated that GP can improve patient participation in screening for PCA. Being proactive, considering the patient as a whole by also considering the entourage, to position oneself as an expert on the problem, to manage the time efficiently, to explain the realization of the test and to help This will increase the effectiveness of the screening program, particularly for the youngest patients and residents in the most disadvantaged geographical areas.

In 2016 Dr AUBIN AUGER and his team published a similar study in the European Journal of Cancer Care (44). The goal was to compare patient participation in colorectal cancer screening in 2 groups of GPs. General practitioners from control group practices were asked to continue their usual care. General practitioners in the intervention group received a 4-hour pedagogical training, built with qualitative data on colorectal cancer screening with emphasis on physician-patient communication. Patients were followed for 7 months for both groups. The primary outcome was the rate of patient participation in CRC screening campaigns. Seventeen general practitioners (16 practices) in the intervention group and 28 general practitioners (19 practices) in the control group participated. The participation rate of patients in colorectal cancer screening in the intervention group was 36.7% versus 24.5% in the control group ($p = 0.03$). Communication between the physician and the patient appears to be one of the possible targets for improving adherence and patient participation rates in the target population for CRC mass screening.

The ACP model refers to a meeting between two people who influence each other. The physician must develop adaptability, flexibility, and availability to better understand the patient's personality, vulnerability factors, protective factors, self-vision, resistance, needs and limitations. Motivations to improve.

CONCLUSIONS

Since the FCP 2009-2014, we are aware that facing cancer, the role of practitioners is essential with a view to improving the quality and efficiency of the care of patients. We carried on a retrospective epidemiological study to place the space invested by General practitioner in the diagnosis of malignant neoplastic diseases. We desired to identify the terms of discovery of cancer in a population of general pattern. It seems that 80% of the diagnoses are introduced in primary attention by the GP in collaboration with the patient. In more than 65% of the cases the GP allowed the confirmation of the diagnosis of cancer. Despite the predominance of paraclinical examinations, clinical testing is indispensable to the realization of diagnostics in oncology. The couple doctor general practitioner-patient is extremely effective in achieving diagnoses of malignant neoplastic diseases. This survey demonstrates that the practice focused on the patient in the sense developed by M Stewart is all important to the realization of diagnoses of cancers. And so, it appears essential that the patient be informed, educated to distinguish the signals that can alert and fear cancer. The GP can and should be one of the principal actors of Education for the wellness of the patient.

It looks logical to ask why GP are not better represented in decision-making groups in oncology, multiprofessional meetings in working groups to develop recommendations or to networks around the cancer patient.

DECLARATION

Funding: none received.

Ethical approval: not required.

Competing interests: none declared.

Table 1 : Summary of the results

Variables	global population N=2003	%	P univarié
Exercice mode			
Rural areas	N=361	18%	
Semi rural areas	N=687	34%	
Urbain areas	N=955	48%	
Gender of patients			
Female	N=979	51%	
Male	N=1024	49%	
Patient referred for diagnosis	N=706	35%	
GP referred for diagnosis	N=881	44%	
Clinical examination	N=571	28,50%	
Imaging	N=223	11%	
* incidental findings	N=111	50%	
Biology	N=51	2,50%	
*incidental findings	N= 31	61%	
Individual screening	N=7	0,40%	
Others	N=29		
Diagnosis referred by GP by the exercise mode			P=0,018*
Urbain areas	407	31%	
Rural areas	186	14%	
Semi rural areas	288	22%	
Diagnosis referred by a third part	N=416	20,70%	
Mass screening	N=6	0,30%	
Other GP	N=19	1,00%	
Emergency	N=41	2%	
Other specialist in consultation	N=222	11%	
Other specialist in hospitalisation	N=52	2,60%	
Patient and direct access to the other SP	N=76	3,80%	
Access to other SP/Patients' areas			P=0,7685*
Rural areas	N=12	0,6%	
Semi rural areas	N=27	1,35%	
Urbain areas	N= 37	1,8%	
Examinations prescribed by the GP who initiated the diagnosis	N=647		P<0,0001*
Diagnosis confirmed by the GP	N=1335	67%	
Imagerie	N=921	46%	
Biology	N=107	6%	
Cytology	N=307	15%	
Diagnosis confirmed by a third part	N=668	33%	
Emergency	N=33	1,60%	
Hospitalization	N=243	12%	
Consultation	N=392	19,40%	

*p obtenu selon le test du Chi2 ou exact de Fischer

Table 2 Clinical Signs Reported by the Patient

Clinical signs	N=511	(%)
Skin	144	(28)
Digestive signs	99	(19,3)
General signs	74	(14,5)
Gynécological signs	34	(6,7)
Neurological signs	13	(2,5)
ENT signs	17	(3,5)
Respiratory signs	62	(12)
Urological signs	51	(10)
Paranéoplasique syndrome	5	(1)
Tumoral syndrome	12	(2,5)

Table 3: Signs recovered during the examination and during the clinical examination by the general practitioner

Clinical signs	N=571	(%)
Skin	111	(19,4)
Digestive signs	119	(20,8)
General signs	112	(19,6)
Gynécological signs	20	(3,5)
Neurological signs	21	(3,7)
ENT signs	37	(6,5)
Respiratory signs	67	(11,7)
Urological signs	44	(7,7)
Paranéoplasique syndrome	14	(2,5)
Tumoral syndrome	26	(4,5)

REFERENCES

1. Institut National Du Cancer. Le Plan Cancer 2014-2019 - [Internet]. 2015 févr. [cité 26 août 2017]. (Documents institutionnels / Plan cancer). Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
2. Institut National Du Cancer. Le Plan cancer 2009-2013 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 | [Internet]. [Cité 26 août 2017]. <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
3. Institut National Du Cancer. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 | [Internet]. [Cité 26 août 2017]. <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
4. Couraud C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. Paris 7 ; 2011.
5. Camilleri D. Modalités de découverte des cancers dans un échantillon d'un cabinet de médecine générale. 2000. Th. Med., Montpellier.
6. Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? Treating cancer: how are the roles shared between general and specialist medicine? Pratiques et Organisation des Soins. 1 Déc. 2011 ;40(3) :191-6.
7. Meiklejohn J, Mimery A, Martin J, et al. The role of the GP in follow-up cancer care. A systematic literature review. J Cancer Surviv, 2016
8. Social aspects and cancer: information dedicated to cancer patients and relatives. Bull Cancer 2005 Dec. ;92(12) :1093-113
9. Summerton N. Diagnosis and general practice. Br J Gen Pract. 2000 Dec.
10. Institut National Du Cancer. Le dépistage du cancer colorectal en pratique - Dépistage du cancer colorectal | [Internet]. 2015 mars [cité 26 août 2017]. (Outils de communication grand public). <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-depistage-en-pratique>
11. Duport N. Cancer du col de l'utérus | [Internet]. France : Institut National Du Cancer ; 2016 Avr. [cité 26 août 2017]. (Les Données). <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>
12. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus Etat des connaissances [Internet]. 2007 janv. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cancer_col_uterus_connaissances.pdf

13. Institut National Du Cancer. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents | [Internet]. 2016 [cité 26 août 2017]. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
14. Rogel A, Hamers F, Quintin C, de Maria F, Bonaldi C, Beltzer N. Incidence et dépistage du cancer du sein en France [Internet]. France ; 2016 [cité 26 août 2017]. (Maladies chroniques et traumatismes).<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Incidence-et-depistage-du-cancer-du-sein-en-France>
15. Libert Y, Conradt S, Reynaert C, Janne P, Tordeurs D, Delvaux N, et al. Améliorer les stratégies de communication des médecins en oncologie : état des lieux et perspectives futures. Bulletin du Cancer. 14 Janv. 2002 ;88(12) :1167-76.
16. Boiche T. Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : Enquête auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes. Poitiers ; 2005.
17. Le Breton-Leroubillois G. Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1^{er} Janvier 2016. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS ; 2016 p. 1-310.
18. Certain MH. Cancers, les défis de l'innovation [Internet]. 2016 [cité 26 août 2017]. <http://www.cancer-lesdefisdelinnovation.fr/patients/cancer-le-medecin-generaliste-un-point-d-ancrage-pour-les-patients/74/>
19. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature, Summary. Santé Publique. 19(5) :413-25.
20. Matz Flye Sainte Marie, Cécile. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires [Internet]. Lorraine ; 2011 [cité 26 août 2017]. <https://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-14903>
21. Catimel H. Etude rétrospective du parcours de soins des patients suivis en oncogériatrie au CHU de Nîmes du 1er janvier au 31 octobre 2014. Montpellier ; 2015.
22. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient. Médecine. 1 mai 2010 ;6(5) :221-7.
23. Pelicier N. L'annonce du diagnostic de cancer. Rev Prat. Nov. 2006 ;1997-2003.
24. Summerton N. Diagnosis and general practice. Br J Gen Pract.2000 Dec. ;50(461): 9951000. PubMed PMID 11224975.
25. Summerton N. Cancer recognition and primary care. Br J Gen Pract 2002 Jan; 52(474)5-6
26. Hamilton W. Five misconceptions in cancer diagnosis. Br J Gen Pract. 2009 Jun; 59(563) :441-5, 7.
27. Rougé Bugat, Marie-Eve. Place du médecin généraliste dans la nouvelle organisation des soins en cancérologie. 2014. Th. Med., Toulouse.

28. Guillou P. Le médecin généraliste, le cancer et la vérité. In : Les vérités du cancer [Internet]. Springer, Paris ; 2008 [cité 26 août 2017]. p. 133-44. (Psycho-Oncologie). https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-287-72408-4_10
29. Loacker-Lang C. Le médecin généraliste et les réseaux de soins en cancérologie. [Strasbourg] : Université de Louis Pasteur ; 2000.
30. Moatti J, Corroller AGL, Soriano Christel. Le Plan Cancer en France. Bulletin du Cancer. 1 Nov. 2003 ;90(11) :1010-5
31. Institut National Du Cancer. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. 2016 [cité 26 août 2017]. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
32. Institut national du cancer. Les cancers en France [Internet]. Boulogne Billancourt ; 2015 Janv. [cité 26 août 2017]. (Les Données). <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-colorectal>
33. Compagnon L. Les niveaux de compétences. Exercer, la revue de médecine générale. Exercer. 2013 ;156-64
34. Stalder H. Médecine générale – pensée linéaire et complexité. Revue Médicale Suisse. Mai 2013
35. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. Bulletin du Cancer. 1 mai 2012 ;99(5) :557-62.
36. H Garcia Giannoli, AJ Sasco. Prévention des cancers par les médecins généralistes du Rhône : une enquête déclarative. Bulletin du Cancer. 1996 ;853-63.
37. Prise en charge du cancer : quelle place pour le médecin généraliste ? France info [Internet]. 15 Déc. 2015 [cité 26 août 2017] http://www.francetvinfo.fr/sante/cancer/prise-en-charge-du-cancer-quelle-place-pour-le-medecin-generaliste_1224067.html
38. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale – Science Direct [Internet]. [Cité 27 août 2017]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762013002095>
39. ORS PACA, SESSTIM. Rôle des MG dans la prise en charge des cancers après le diagnostic de la maladie » Troisième vague du Panel 3 des médecins généralistes de ville. DREES, de l’Inca, de l’ORS PACA, de l’ORS Poitou-Charentes ; 2014.
40. N Summerton, S Mann, J Sutton, A Rigby, A Theakston, J Clark, H Williams-Hardy, A Summerton; Developing clinically relevant and reproducible symptom-defined populations for cancer diagnostic research in general practice using a community survey, *Family Practice*, Volume 20, Issue 3, 1 June 2003, Pages 340–346, <https://doi.org/10.1093/fampra/cm317>

41. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991 ;303 :1385-7.
42. Stewart M. Towards a global definition of patient centered care. *BMJ*. 2001 ;332 :444-5.
43. Le Breton J, Journy N, Attali C, Le Corvoisier P, Brixi Z, Bastuji-Garin S, Chevreul K. Improving participation in colorectal cancer screening: targets for action. *Prev Med*. 2012 Nov;55(5):488-92.
44. Aubin-Auger I, Laouénan C, Le Bel J, Mercier A, Baruch D, Lebeau JP, Le Trung T, Youssefian A, Peremans L, Van Royen P. Efficacy of communication skills on colorectal cancer screening by GPs: a cluster randomized control trial. *Eur J Cancer Care*. 2016 Jan ;25(1) :18-26.

8 ANNEXE 2 : FICHE PROJET

FICHE PROJET DE THESE/MEMOIRE

NOM	BOUARICHE
Prénom	MONIA
Mail	bouariche.moniam@orange.fr
Téléphone	06 08 90 57 24
Semestre en cours	6 bis
Directeur de thèse :	Bernard CLARY
Mail du directeur de thèse	clary11.bernard@gmail.com
Date de dépôt au DMG	02/11/2016
Problématique	Quelles sont les modalités de découverte des cancers dans un échantillon de patients suivis en médecine générale ?
Mots-clés	DIAGNOSTIC CANCER MEDECINE GENERALE
Références bibliographiques	<ol style="list-style-type: none">1. Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : Enquête auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes - Norton Safe Search [Internet]. [Cité 2 nov. 2016].2. Réinvestir le médecin généraliste dans son rôle en cancérologie - Norton Safe Search [Internet]. [Cité 2 nov. 2016].3. M Bungener et « La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? », Pratiques et Organisation des Soins 2009/3 (Vol. 40), p. 191-196. DOI 10.3917/pos.403.0191 - Norton Safe Search [Internet]. [Cité 2 nov. 2016].4. document.pdf [Internet]. [Cité 2 nov. 2016].5. Consultation systématique programmée auprès du médecin traitant pour le patient cancéreux en cours de traitement.pdf [Internet]. [Cité 2 nov. 2016].6. THESE-COURAUD.pdf [Internet]. [Cité 2 nov. 2016]. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3525_THESE-COURAUD.pdf
Question de recherche	Quelles sont les modalités de découverte des cancers dans un échantillon de population de médecine générale ?
Hypothèse de recherche	Les médecins généralistes jouent un rôle fondamental dans le parcours de soin en cancérologie, notamment dans le diagnostic des cancers.
Paradigme	Décrire les moyens diagnostiques mis en œuvre par les médecins généralistes dans le diagnostic de cancer Evaluer la part de l'examen clinique et des examens paracliniques, Evaluer la part des découvertes fortuites
Objectif principal	Décrire les modalités de découverte des cancers dans une population de cabinet de médecine générale.
Objectif secondaire	Déterminer la place du médecin généraliste dans l'évocation du diagnostic de cancer et dans sa confirmation Déterminer la part de l'examen clinique, des plaintes fonctionnelles exprimées par le patient dans le diagnostic de cancer Déterminer la part des découvertes fortuites
Méthode	Etude épidémiologique observationnelle rétrospective

Moyens de recueil de données	Auto questionnaires envoyés aux médecins généralistes au préalable tirés au sort à partir des registres nationaux de FMC action, le questionnaire traite des modalités de découverte du cancer, patient concerné : dernier patient chez qui on vient de découvrir un cancer
Méthode d'analyse des données	
Moyens, calendrier, partenaires	Questionnaires transmis par mail Mailing liste de FMC action Enquête nationale Date limite réponse questionnaire 01/03/2017

9 ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE



Questionnaire de thèse sur les modalités de découverte des cancers dans un échantillon de population de médecine générale

Questionnaire ayant pour but de définir les modalités de découverte des cancers dans un échantillon de médecine générale.

Merci de remplir le questionnaire suivant pour le DERNIER patient atteint d'un cancer et vu en consultation, quel que soit le motif de cette consultation, quel que soit le stade de prise en charge de ce cancer et quelle que soit la nature et le degré de gravité de ce cancer.

Votre mode d'exercice

Quel est votre mode d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- i. Rural
- ii. Semi rural
- iii. Urbain

Votre patient

Quel est le sexe de votre patient ? *

Une seule réponse possible.

- iv. Masculin
- v. Féminin

Quel est l'âge de votre patient ? *

Le patient a évoqué le diagnostic

Le patient a-t-il évoqué le diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

- vi. Oui
- vii. Non *Passez à la question 7*

Diagnostic évoqué par le patient

Avez-vous été orienté par des signes rapportés spontanément par le patient ? *

Une seule réponse possible.

- viii. Oui
- ix. Non *Passez à la question 2*

Diagnostic évoqué par le patient

Si oui, de quel type ? *

Une seule réponse possible.

- x. Signes généraux (fièvre, anorexie, amaigrissement, asthénie, sueurs, adénopathies, douleurs : osseuses, myalgies)
- xi. Signes respiratoires (toux, pneumopathies à répétition, hémoptysie, dyspnée, Signe insuffisance respiratoire, hippocratisme digital)
- xii. Signes neurologiques (céphalées, nausées, vomissements, syndrome neurologique : pyramidal, extrapyramidal, cérébelleux, paralysie faciale, hypoacousie, troubles visuels, troubles de la marche, HTIC, acouphènes)
- xiii. Signes cutanés (nodule cutané, mélanome, ulcérations, masse)
- xiv. Signes orl (épistaxis, anosmie, dyspepsie, dysphonie, leucoplasie, lichen plan, hypersialorrhée, glossodynies, goitre, exophtalmie, otalgie)
- xv. Signes digestifs (dysphagie, diarrhées, constipation, rectorragies, douleur abdominales, météorisme, ascite, hépatosplénomégalie, syndrome occlusif)
- xvi. Signes urologiques (dysurie, hématurie)
- xvii. Signes gynécologiques (dysménorrhées)
- xviii. Syndrome tumoral (œdèmes, thrombose : thrombose veineuse superficielle, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, tassement vertébral, fracture pathologique)
- xix. Syndrome paranéoplasique

Passez à la question 22.

Le médecin généraliste a évoqué le diagnostic

Avez-vous évoqué le diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

- xx. Oui
- xxi. Non *Passez à la question 17*

Le médecin généraliste a évoqué le diagnostic Avez- vous évoqué le diagnostic devant des signes retrouvés lors de votre examen clinique ou de votre interrogatoire ? *

Une seule réponse possible.

- xxii. OUI
- xxiii. NON *Passez à la question 10.*

Si oui, de quel type ? *

Une seule réponse possible.

- xxiv. Signes généraux (fièvre, anorexie, amaigrissement, asthénie, sueurs, adénopathies, douleurs : osseuses, myalgies)
- xxv. Signes respiratoires (toux, pneumopathies à répétition, hémoptysie, dyspnée, Signe insuffisance respiratoire, hippocratisme digital)
- xxvi. Signes neurologiques (céphalées, nausées, vomissements, syndrome neurologique : pyramidal, extrapyramidal, cérébelleux, paralysie faciale, hypoacousie, troubles visuels, troubles de la marche, HTIC, acouphènes)
- xxvii. Signes cutanés (nodule cutané, mélanome, ulcérations, masse)
- xxviii. Signes orl (épistaxis, anosmie, dyspepsie, dysphonie, leucoplasie, lichen plan, hypersialorrhée, glossodynies, goitre, exophtalmie, otalgie)
- xxix. Signes digestifs (dysphagie, diarrhées, constipation, rectorragies, douleur abdominales, météorisme, ascite, hépatosplénomégalie, syndrome occlusif)
- xxx. Signes urologiques (dysurie, hématurie)
- xxxi. Signes gynécologiques (dysménorrhées)
- xxxii. Syndrome tumoral (œdèmes, thrombose : thrombose veineuse superficielle, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, tassement vertébral, fracture pathologique)
- xxxiii. Syndrome paranéoplasique

Passez à la question 22.

Le médecin généraliste a évoqué le diagnostic

Avez- vous évoqué le diagnostic devant le résultat d'un examen d'imagerie ? *

Une seule réponse possible.

- xxxiv. OUI
- xxxv. NON *Passez à la question 12.*

Si oui, s 'agissait-il d'une découverte fortuite ? *

Une seule réponse possible.

- xxxvi. OUI *Passez à la question 22.*
- xxxvii. NON *Passez à la question 22.*

Avez-vous évoqué le diagnostic devant les résultats d'un bilan biologique ? *

Une seule réponse possible.

- xxxviii. OUI
- xxxix. NON *Passez à la question 14.*

Si oui, s'agissait-il d'une découverte fortuite ? *

Une seule réponse possible.

- xl. OUI *Passez à la question 22.*
- xli. NON *Passez à la question 22.*

Avez-vous évoqué le diagnostic dans le cadre d'un dépistage individuel devant un niveau de risque élevé ou très élevé (antécédents familiaux, perso, habitus) ? *

Une seule réponse possible.

- xlii. OUI *Passez à la question 22.*
- xliii. NON

Diagnostic évoqué par un tiers

Était-ce dans le cadre d'un dépistage de masse organisé ? *

Une seule réponse possible.

- xliv. OUI
- xlv. NON *Passez à la question 17.*

De quel cancer s'agissait-il ? *

Une seule réponse possible.

- xlvi. Sein
- xlvii. Colon
- xlviii. Col

Passez à la question 22.

Le diagnostic a-t-il été évoqué dans le cadre d'une consultation aux urgences ? *

Une seule réponse possible.

- xlix. Oui *Passez à la question 22.*
- l. Non

Le diagnostic a-t-il été évoqué par un confrère généraliste (remplaçant, associé, autre médecin généraliste) ? *

Une seule réponse possible.

- li. Oui *Passez à la question 22.*
- lii. Non

Le diagnostic a-t-il été évoqué par un autre spécialiste en consultation (adressé par le médecin généraliste pour un autre motif) ? *

Une seule réponse possible.

liii. Oui *Passez à la question 22.*

liv. Non

Le diagnostic a-t-il été évoqué par un autre spécialiste (accès direct du patient) ? *

Une seule réponse possible.

lv. Oui *Passez à la question 22.*

lvi. Non

Avez-vous adressé le patient à un spécialiste en hospitalisation pour un autre motif, au décours de sa prise en charge il a réalisé le diagnostic de cancer ? *

Une seule réponse possible.

lvii. Oui *Passez à la question 22.*

lviii. Non

Confirmation du diagnostic (NB)

NB : Il s'agit de la confirmation et non de l'évocation du diagnostic. La réponse OUI ne concerne que les examens que vous avez réalisés vous-même : biopsie cutanée, frottis, et probablement pas une biopsie thoracique.

Avez-vous prescrit les examens complémentaires permettant la confirmation du diagnostic ? *

Une seule réponse possible.

lix. Oui *Passez à la question 23.*

lx. Non *Passez à la question 24.*

Si oui, de quel type ? *

Une seule réponse possible.

lxi. Cytologie

lxii. Biologie

lxiii. Imagerie

Passez à "Fin du questionnaire, merci de votre collaboration".

Le diagnostic a été confirmé par un tiers : *

Lors d'une prise en charge aux urgences

lxiv. Par un confrère en consultation (prise en charge en ambulatoire)

lxv. Par un confrère dans le cadre d'une hospitalisation

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

RESUME

Introduction

Aujourd'hui, trois millions de personnes vivent avec ou après un cancer.

Le Plan Cancer propose une prise en charge globale de la personne en tenant compte de l'ensemble de ses besoins afin de préserver la continuité et la qualité de vie des patients pendant et après la maladie. Le rôle des médecins généralistes semble donc fondamental dans la prise en charge des cancers.

Dans cette perspective, nous avons cherché à identifier l'espace investi par les médecins généralistes dans le diagnostic des cancers.

Notre question de recherche est donc : quelles sont les modalités de découverte des cancers dans un échantillon de patients suivis en médecine générale ?

L'objectif principal de l'étude est d'analyser les modalités de découverte des cancers.

Matériels et méthode

Nous avons mené une enquête épidémiologique observationnelle rétrospective. Les données ont été recueillies par auto-questionnaires anonymes envoyés à tous les médecins généralistes répertoriés dans la base de données d'une association nationale de FMC : FMC Action. Le questionnaire a été envoyé par mail aux 34 584 médecins figurant sur cette liste entre novembre 2016 et mars 2017.

Nous avons étudié différentes variables :

- mode d'exercice des médecins,
- âge et sexe des patients.

Nous souhaitons ensuite déterminer les modalités de découvertes des diagnostics de cancers :

- rôle du patient, diagnostic initié par le MG, par un tiers,
- part du dépistage de masse.

Puis nous voulions savoir comment étaient confirmées ces suspicions diagnostiques.

Résultats

D'après cette étude il apparaît que :

- 80% des diagnostics sont initiés en soins primaires en collaboration avec le patient.
- pour 65% des cas le médecin généraliste a permis la confirmation du diagnostic de cancer.
- dans 65% des cas le MG est capable d'évoquer le diagnostic de cancer après avoir réalisé l'interrogatoire et l'examen clinique du patient.
- dans 25% des cas le diagnostic a pu être suspecté sur la base des résultats d'un examen d'imagerie et dans 6% des cas d'après les résultats d'un bilan biologique.

Dans notre étude :

- 2% des diagnostics de cancers ont été initiés par un confrère aux urgences,
- 11% des diagnostics par un confrère d'une autre spécialité en ambulatoire,
- 4% des diagnostics de cancers ont été initiés par un autre spécialiste en consultation par accès direct du patient.
- dans 67% des cas le médecin généraliste a initié la démarche de confirmation du diagnostic.
- dans 69% des cas le médecin a prescrit un examen d'imagerie,
- dans 8% des cas un examen biologique
- dans 22% un examen cytologique permettant d'augmenter la forte probabilité d'un cancer.

Conclusion

Il apparaît donc bien que le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge initiale des cancers. Le tandem médecin généraliste-patient est extrêmement performant dans la réalisation des diagnostics de cancers. Cette étude démontre que l'approche d'une médecine centrée sur le patient est indispensable en cancérologie.