

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



OCTOBRE  
2017  
NUMÉRO  
1034

## *Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital*

**Le nombre de patients atteints d'un cancer progresse et les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour assurer leur prise en charge. Cependant, un tiers des généralistes n'ont suivi aucune formation complémentaire en lien avec la cancérologie.**

**Si les médecins considèrent leur rôle dans l'accompagnement de la fin de vie et le suivi psychologique de ces patients comme particulièrement important, les deux tiers éprouvent des difficultés pour accompagner la fin de vie, gérer les effets indésirables des traitements ou prendre en charge les séquelles du cancer. Le manque de transmission d'information en provenance des hôpitaux ou des médecins spécialistes dans les délais utiles est souvent évoqué comme une source de difficultés. Ainsi, au moment de l'annonce du diagnostic, seuls 31 % des médecins disposent d'une information complète sur la pathologie de leurs patients, telle qu'elle est recommandée par le plan Cancer. De même, en dépit des recommandations, plus de 20 % des généralistes, faute de pouvoir contacter facilement l'oncologue référent, choisissent d'adresser aux urgences un patient immunodéprimé déclarant une fièvre élevée pendant le week-end.**

**Dominique Rey, Sabine Lescher, Alain Paraponaris, Pierre Verger, Anna Zaytseva (Inserm, SESSTIM, ORS PACA), Muriel Barlet, Hélène Chaput, Yannick Croguennec, Claire Marbot (DREES), Fanny Josancy, Simon Filippi (URPS-ML PACA), Julien Giraud (ORS Poitou-Charentes), Isabelle Ingrand (Registre des cancers, Poitiers), Claire Julian-Reynier (Inserm), Martine Rousseau, Graziella Pourcel (INCa)**

**L**e rôle du médecin généraliste dans certains aspects du suivi des patients atteints de cancer est amené à se développer : le nombre de cas de cancer (estimé à 385 000 en 2015 [Leone, 2015]) augmente, et l'amélioration de la prise en charge diminue la mortalité associée. La prise en charge des personnes ayant survécu à un cancer (dont le nombre est estimé à 3 millions [Colonna, 2015]) est également un enjeu de taille, d'autant qu'elle doit s'envisager sur le long terme : limitation des effets secondaires, appui face aux difficultés psychosociales, prévention des seconds cancers.

Plusieurs travaux ont montré que le suivi à long terme après un cancer pouvait être assuré par les généralistes en garantissant la qualité de la prise en charge et la satisfaction des patients (Grunfeld, 2006 ; Augestad, 2013). Les politiques publiques de santé actuelles, en Europe comme aux États-Unis (Geelen, 2014), incitent à un transfert de plus en plus précoce de la prise en charge de ces patients de l'hôpital vers la médecine de ville, le médecin généraliste devenant le pivot de la coordination des soins. En France, le dernier plan Cancer insiste sur la place du généraliste dans la prise en charge après le traitement initial du cancer (RF, plan Cancer 2014-2019) et sur l'importance de la coordination ville-hôpital<sup>1</sup>.

...  
**1.** Plan Cancer 2014-2019 : objectif 2, point 6 (Améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'information entre professionnels) et objectif 7, point 1 (Fluidifier et adapter les parcours de santé).

Toutefois, le médecin généraliste n'est pas toujours prêt à assumer ce rôle (del Giudice, 2009 ; Dawes, 2015). L'enquête réalisée entre décembre 2015 et mars 2016 dans le cadre du troisième panel national de médecins généralistes de ville (encadré 1) a interrogé ces derniers sur leur implication dans la prise en charge des patients cancéreux, les difficultés rencontrées ainsi que sur leurs échanges avec les équipes spécialisées et les autres professionnels.

### Le médecin généraliste : un acteur clé mais peu formé à la cancérologie

La place du cancer dans la patientèle des généralistes est difficile à estimer. Elle peut être approchée par le nombre de demandes de mise en affection longue durée (ALD) remplies par le médecin pour un cancer, qui représente le nombre de nouveaux patients cancéreux dans sa patientèle. Au cours de l'année 2015, 55 % des médecins interrogés avaient rempli moins de 10 demandes de mise en ALD pour cancer, 34 % entre 10 et 20 et 11 % plus de 20. Ces chiffres sont supérieurs aux résultats des enquêtes précédemment réalisées auprès de généralistes français (Dagada, 2003 ; Tardieu, 2012), ce qui est cohérent avec le constat de l'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancers ces dernières années (INCa, 2015).

En dépit de la proportion relativement élevée de personnes souffrant d'un cancer dans leur patientèle, les médecins généralistes sont assez peu formés à l'oncologie : seuls 11 % des médecins généralistes ont déclaré avoir suivi une formation diplômante en lien avec la cancérologie ou avoir un diplôme complémentaire et 16 % sont membres d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs. En revanche, ils sont plus nombreux à avoir participé à au moins une séance de formation médicale continue sur un thème oncologique au cours des cinq dernières années (62 %). Ce sont souvent les mêmes médecins qui ont été formés ou sont membres de réseaux, si bien que la proportion des médecins sans formation oncologique ni lien avec un réseau représente tout de même près du tiers des médecins interrogés.



## ENCADRÉ 1

### Les données du troisième panel de médecins généralistes

Le troisième panel national de médecins généralistes libéraux, doté de trois extensions régionales, est un dispositif d'enquêtes réalisé en partenariat entre la DREES, les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professions de santé médecins libéraux (URPS-ML) de trois régions (Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur). À raison d'une enquête par semestre pendant trois ans, les médecins sont interrogés sur leur implication et leurs pratiques de prise en charge de divers problèmes de santé. Au cours de la troisième vague d'enquête, dont les données sont ici exploitées, les médecins ont été interrogés sur leur prise en charge des patients atteints d'un cancer.

#### Échantillonnage

La base de sondage est issue du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) qui recense l'ensemble des médecins ayant déclaré une activité à l'Ordre. Les médecins exclusivement salariés, ceux ayant des projets de cessation d'activité ou de déménagement à moins d'un an et ceux ayant un mode d'exercice particulier (par exemple, l'homéopathie) exclusif ont été exclus. L'échantillon national a été constitué par tirage aléatoire stratifié selon le sexe, l'âge, l'accessibilité potentielle localisée (APL)<sup>1</sup> au médecin généraliste et le volume d'activité du médecin. Cette troisième vague d'enquête a bénéficié d'un financement de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). L'enquête s'est déroulée entre décembre 2015 et mars 2016. Des enquêteurs professionnels ont réalisé les entretiens par CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*). Une participation par internet a été proposée aux médecins ne souhaitant pas répondre par téléphone. 2 094 généralistes ont été interrogés dans le cadre de la vague 3 (soit 82 % des médecins éligibles pour cette vague). Les analyses présentées ici ont été réalisées à partir du seul échantillon national, soit 1 193 praticiens.

#### Questionnaire

Le questionnaire abordait :

- l'implication des médecins dans la prise en charge des cancers (nombre de demandes de mise en ALD pour cancer réalisées en 2015, importance perçue par le médecin de son rôle et des difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients cancéreux) ;
- le suivi pendant la phase initiale de traitement du cancer à l'aide d'une « vignette clinique ». Le cas fictif d'une patiente présentant une fièvre en cours de traitement par chimiothérapie, a été proposé au médecin avec plusieurs options de prise en charge. Huit versions différentes de cette « vignette » étaient présentées à 8 sous-groupes de médecins composés de façon aléatoire, les 8 versions étant obtenues en faisant varier le délai entre la fièvre et la dernière cure de chimiothérapie (3 ou 10 jours), la présence ou non de signes de gravité et le jour de la consultation (mardi ou samedi) ;
- la surveillance à long terme (prise en charge des séquelles et dépistage des rechutes) sous forme d'une deuxième « vignette clinique » : le cas fictif d'une patiente opérée d'un cancer du sein trois ans plus tôt et se plaignant d'un lymphœdème d'apparition récente. Deux versions de cette vignette ont été proposées de façon aléatoire en faisant varier l'âge de la patiente (38 ou 73 ans) ;
- les soins de suite (conseils hygiéno-diététiques, relation avec des professionnels référents, recours aux médecines non conventionnelles pour prendre en charge la douleur, évocation des difficultés sexuelles avec les patients) ;
- les relations avec les équipes spécialisées (participation aux réunions de concertation pluridisciplinaires-RCP, circulation de l'information et des consignes provenant des spécialistes, sollicitation du médecin traitant sur la faisabilité du retour ou du maintien à domicile).

1. Indicateur de mesure de l'accessibilité spatiale aux soins, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée tient compte du niveau d'activité des médecins (pour mesurer l'offre) et du taux de recours différencié par âge des habitants (pour mesurer la demande). Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes.

### Un rôle dans la prise en charge jugé globalement important par les médecins généralistes

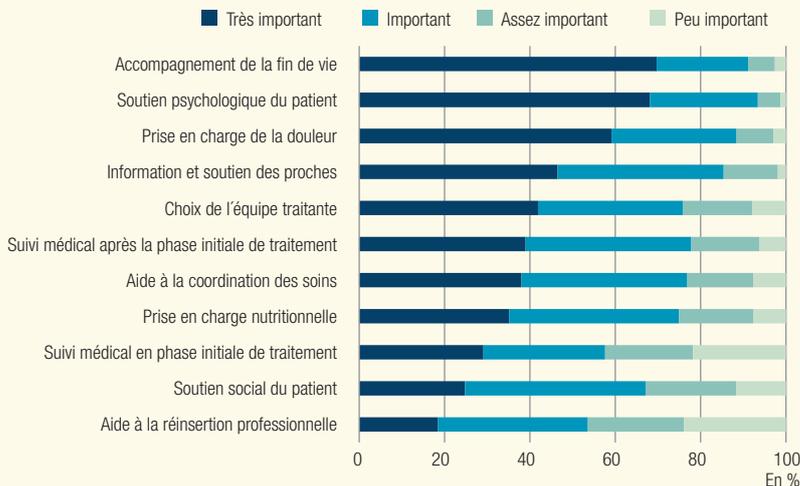
L'accompagnement de la fin de vie et le soutien psychologique du patient sont les deux aspects de la prise en charge pour lesquels les médecins considèrent le plus souvent que leur rôle est très important : près de 70 % des médecins interrogés le considèrent comme tel (graphique 1). Les rôles dans l'aide à la réinsertion professionnelle et le soutien social du patient sont à l'inverse

le moins souvent jugés très importants (respectivement par 18 % et 25 % des médecins).

L'appartenance à un réseau ou le fait d'avoir reçu une formation complémentaire en oncologie, ainsi que le lieu d'exercice en dehors des grands pôles urbains sont les deux facteurs qui sont liés au sentiment du médecin généraliste d'avoir un rôle important dans le suivi global à long terme (mesuré par des scores dont la construction est détaillée dans l'encadré 2). Les mêmes facteurs sont recensés

## GRAPHIQUE 1

### Importance perçue par le médecin généraliste de son rôle dans différents aspects de la prise en charge des patients ayant un cancer



**Note** • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 1,5 % pour l'ensemble des questions ci-dessus.

**Lecture** • 69 % des médecins généralistes considèrent que leur rôle dans l'accompagnement de la fin de vie est très important, 22 % qu'il est important, 6 % qu'il est assez important et 3 % qu'il est peu important.

**Champ** • Médecins généralistes, France métropolitaine.

**Sources** • DREES, Unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, décembre 2015-mars 2016.

## ENCADRÉ 2 Méthodologie

### Pondérations

Les données ont été pondérées *ex post* afin que l'échantillon national de l'enquête soit représentatif de l'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire français selon les variables suivantes : sexe, âge (3 tranches), volume de travail (3 niveaux) et densité de l'offre en généralistes de leur commune d'exercice (3 niveaux).

### Construction de scores dimensionnels

Concernant la perception par le médecin de l'importance de son rôle, trois scores ont été créés évaluant respectivement l'importance du rôle dans le suivi médical (2 items : suivi médical pendant et après la phase initiale de traitement), dans le suivi global à long terme (5 items : prise en charge nutritionnelle, de la douleur, soutien social, information et soutien psychologique des proches et aide à la coordination des soins) et dans le soutien psychologique (2 items : soutien psychologique du patient, accompagnement de la fin de vie), chaque item étant codé de 0 (peu important) à 3 (très important) selon les réponses des médecins. Chaque score a été créé en faisant la somme des différents items le constituant (ainsi les valeurs du score d'importance du rôle médical vont de 0 à 6) et a ensuite été coupé à la médiane et utilisé dans les analyses comme une variable dichotomique en deux modalités.

De la même façon ont été construits un score global de difficultés perçues pour la prise en charge des patients ayant un cancer (9 items), ainsi que trois sous-scores évaluant respectivement les difficultés dans la prise en charge médicale initiale (4 items : surveillance entre les cures de chimiothérapie, gestion des urgences, prise en charge des séquelles et gestion des effets indésirables des traitements), les difficultés dans la prise en charge médico-sociale à long terme (2 items : aide à la réinsertion professionnelle et soutien social) et les difficultés dans la prise en charge psychologique (3 items : soutien psychologique du patient, soutien psychologique des proches, accompagnement de la fin de vie), chaque item étant codé de 0 (peu important) à 3 (très important).

### Analyses multivariées

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été réalisées pour déterminer les facteurs associés, d'une part, à l'importance accordée par les médecins aux différents aspects du suivi des patients atteints de cancer et, d'autre part, aux difficultés ressenties par les médecins, ces deux aspects étant mesurés par des scores. Pour chaque score construit, un ensemble de variables explicatives a été testé, et toutes celles qui étaient significatives au seuil de 5 % ont été incluses dans une régression logistique multiple. Ces différentes régressions ont permis de mettre en évidence les caractéristiques des médecins qui influent sur ces perceptions.

De la même façon, un modèle de régression logistique a été réalisé pour caractériser les médecins les plus informés sur les effets secondaires des traitements anticancéreux.

pour le soutien psychologique, une fois que l'on tient compte du sexe et de l'âge<sup>2</sup> du médecin (tableau 1). En revanche, considérer que son rôle est important pour le suivi médical (pendant et après traitement) n'est lié ni à la formation oncologique ni au lieu d'exercice.

L'importance que les médecins généralistes, et en particulier ceux qui exercent en milieu rural, attribuent à leur rôle dans le suivi médical et le soutien psychologique du patient ayant un cancer, confirme les résultats de précédentes études (Demagny, 2009 ; Hanks, 2008). Celles-ci ont également établi le fait que ce rôle correspondait aussi aux attentes des patients vis-à-vis de leur médecin traitant.

### Des échanges dans le sens hôpital-ville à améliorer

Les confrères spécialistes représentent la source d'information sur le cancer la plus citée (92 % des médecins l'évoquent) devant les revues médicales nationales (84 %), les guides de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé (57 %) et les référentiels régionaux de cancérologie (54 %). Plus de la moitié des médecins consultent également des sites sur internet et 23 % des revues médicales internationales.

La participation à des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP<sup>3</sup>) est relativement rare : elle ne concerne que 10 % de l'ensemble des médecins interrogés, soit un taux légèrement inférieur à celui décrit précédemment en France (13 % parmi 577 généralistes [Bachevillier, 2014]). La zone d'exercice (rurale ou urbaine) du médecin n'a pas d'effet sur la fréquence de cette participation. En revanche, cette dernière est plus fréquente parmi les médecins membres d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs (18 %).

Les informations et consignes provenant de spécialistes ou d'équipes hospitalières ne sont pas toujours adaptées à la pratique de ville (tableau 2). Les médecins considèrent, dans la majorité des cas, que les consignes reçues sont claires. Elles ne correspondent cependant pas toujours à leurs besoins et, souvent, elles ne leur parviennent pas dans les temps. Moins d'un médecin sur cinq reçoit systématiquement l'information sur les effets secondaires attendus des traitements et plus d'un tiers

•••

2. Ces deux variables ne jouent pas significativement sur les réponses.

3. Les RCP regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour assurer aux patients la meilleure prise en charge. Les RCP sont la règle pour la prise de décision en oncologie depuis le plan Cancer 2003-2007. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire.

•••

4. Le médecin généraliste est un acteur important du « dispositif d'annonce » qui a été mis en place au niveau national en 2006. Ce dispositif prévoit en effet un temps médical d'annonce du diagnostic qui doit être réalisé au mieux en lien avec le médecin traitant et « un temps d'articulation avec la médecine de ville pour optimiser la coordination entre l'établissement de soins et le médecin traitant. Cette coordination doit être effective dès l'annonce du diagnostic et la demande d'exonération du ticket modérateur » [INCa, 2006].

ne sont jamais sollicités pour donner leur avis sur la faisabilité du retour ou du maintien à domicile.

À caractéristiques égales des médecins (voir note du tableau 3), plusieurs facteurs sont significativement associés au fait que les médecins reçoivent (toujours ou souvent) une information sur les effets secondaires des traitements de la part de leurs confrères : être un homme, être âgé de plus de 50 ans, avoir une patientèle importante, participer à des RCP et suivre une formation médicale continue sur un thème oncologique (tableau 3). L'effet du sexe est difficile à expliquer ; celui de l'âge pourrait se justifier par le fait qu'un médecin plus âgé est plus susceptible de s'être constitué un vaste réseau.

Le manque de communication entre les médecins hospitaliers et leurs confrères généralistes n'est pas une spécificité française. Une étude italienne auprès d'oncologues médicaux a montré que les trois quarts d'entre eux faisaient parvenir un courrier au généraliste, mais qu'un vrai « programme de suivi » n'était transmis que dans 9 % des cas (Numico, 2014). De la même façon, selon une récente enquête américaine, seuls 13 % d'un échantillon représentatif de généralistes ont déclaré recevoir (toujours ou le plus souvent) de la part des oncologues le descriptif du traitement et un programme de suivi concernant leurs patients ayant un cancer (Forsythe, 2013).

### Pour l'annonce du diagnostic, l'information en provenance de l'hôpital est également insuffisante

Il a été demandé aux médecins d'évoquer le dernier de leurs patients pour lequel un diagnostic de cancer avait été posé. Les localisations cancéreuses le plus souvent en cause sont le sein (27 %), le poumon (16 %), la prostate (10 %), le côlon-rectum (10 %) et les autres cancers digestifs (9 %). Cette répartition reflète les cas soumis aux médecins généralistes et non la réalité épidémiologique des cancers. La moitié des patients concernés sont âgés de 60 à 79 ans et un tiers de 40 à 59 ans. Dans les trois quarts des cas, le médecin déclare avoir participé directement à l'annonce du diagnostic<sup>4</sup> et, dans la moitié des cas, il a même été



TABLEAU 1

### Facteurs associés à la perception de l'importance du rôle du médecin généraliste lors du suivi des patients ayant un cancer

	Scores supérieurs à la médiane dans		
	le suivi global à long terme	le suivi médical	le soutien psychologique
	OR [IC 95 %]	OR [IC 95 %]	OR [IC 95 %]
<b>Formation oncologique</b>			
Membre d'un réseau ou formation	1,44 * [1,02 ; 2,02]	1,31 [0,93 ; 1,85]	1,65** [1,17 ; 2,32]
Formation médicale continue (5 dernières années)	1,27 [0,96 ; 1,69]	1,27 [0,95 ; 1,68]	1,21 [0,91 ; 1,61]
Aucune formation	Référence	Référence	Référence
<b>Lieu d'exercice</b>			
Grand pôles urbains	Référence	Référence	Référence
Petits et moyens pôles urbains	1,70** [1,24 ; 2,33]	1,16 [0,85 ; 1,59]	1,92*** [1,41 ; 2,62]
Rural	1,53* [1,10 ; 2,12]	1,19 [0,85 ; 1,66]	1,91*** [1,37 ; 2,66]

Notes • \* Significativité au seuil de 5 %. \*\* Significativité au seuil de 1 %. \*\*\* Significativité au seuil de 0,1 %.

OR= Odds Ratio. IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %.

Les variables constituant les scores sont détaillées dans l'encadré méthodologique.

Les variables dépendantes sont les scores utilisés sous forme dichotomique (supérieur ou égal à la médiane comparé à inférieur à la médiane).

Les modèles estimés sont des modèles de régression logistique qui tiennent également compte de l'âge et du sexe des médecins. Ces deux variables n'étant pas significatives dans les modèles, elles n'apparaissent pas dans le tableau.

Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 1 % pour toutes les questions constituant les scores.

Lecture • Pour le suivi global à long terme, la probabilité d'avoir un score supérieur à la médiane est 1,44 fois plus élevée chez les médecins membres d'un réseau ou ayant une formation oncologique que chez ceux qui n'ont aucune formation (référence).

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, Unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, décembre 2015-mars 2016.



TABLEAU 2

### Fréquence perçue des échanges d'information dans le sens hôpital - ville

	En %			
	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
<b>En général, vous diriez que les consignes que vous recevez de l'équipe ou du médecin spécialisé-e...</b>				
...correspondent à vos besoins	19	61	18	2
...vous parviennent dans les temps	16	45	32	7
...sont claires	31	53	14	2
<b>Êtes-vous informé-e par l'équipe ou le médecin spécialisé</b>				
...de ce qui a été dit au patient sur son diagnostic ?	31	33	22	14
...de ce qui a été dit au patient sur son pronostic ?	10	22	36	32
...des effets secondaires attendus des traitements ?	18	35	30	17
<b>Êtes-vous sollicité-e pour donner un avis sur la faisabilité du retour ou du maintien à domicile ?</b>				
	5	20	40	35

Note • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 1,5 % pour toutes les questions ci-dessus.

Lecture • 19 % des médecins considèrent que les consignes reçues des spécialistes correspondent toujours à leurs besoins, 61 % souvent, 18 % parfois et 2 % jamais.

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, Unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, décembre 2015-mars 2016.

le premier à l'évoquer. La participation à l'annonce est encore plus fréquente chez les médecins formés à l'oncologie ou membres d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs (84 %) et chez ceux qui ont effectué plus de 20 nouvelles demandes de mise en ALD pour cancer au cours de l'année 2015 (81 %). À la question « À votre connaissance, votre patient a-t-il bénéficié d'une consultation d'annonce<sup>5</sup> ? » 42 % ont répondu « oui », 42 % « non » et 16 % ne savaient pas. Les consultations d'annonce ont été significativement plus fréquentes pour les patients jeunes (48 % des 18-39 ans en ont bénéficié contre 32 % des patients d'au moins 80 ans). Lors de la consultation intervenue au moment ou dans les suites de l'annonce de la maladie,

les médecins avaient le plus souvent à leur disposition le compte rendu d'anatomopathologie (CA) [75 % des cas], une lettre d'un confrère spécialiste (66 % des cas) ou de l'oncologue référent (58 % des cas). En revanche, ils étaient plus rarement en possession d'un compte rendu de RCP (53 %) et du Programme personnalisé de soins (PPS) (38 %). 11 % d'entre eux n'avaient même aucun document à leur disposition quand ils ont reçu le patient en consultation. Finalement, seuls 31 % des médecins disposaient d'une information complète, telle qu'elle est recommandée dans le plan Cancer (CA, RCP et PPS). Lors de cette consultation, 62 % des patients ont demandé des explications sur leur traitement et, dans la moitié des cas,

les médecins ont déclaré qu'ils n'avaient pas les informations nécessaires pour informer leur patient.

### La difficulté d'échanges avec l'hôpital peut empêcher une prise en charge optimale

Le cas clinique d'une patiente présentant une fièvre à 39°C avec signes de gravité (frissons, vertiges, hypotension) apparue 10 jours après une séance de chimiothérapie pour un cancer du sein est soumis à un tiers des médecins sous forme de « vignette » (situation fictive). Il leur est demandé de décrire leur attitude face à une situation clinique potentiellement urgente en cancérologie (risque d'aplasie médullaire). Selon la version proposée, la consultation a lieu un mardi ou un samedi. En semaine, 29 % des médecins assurent en première intention la prise en charge (22 % le samedi), 50 % contactent dans un premier temps l'oncologue (38 % le samedi), 15 % contactent le service d'oncologie pour une hospitalisation (18 % le samedi) et 6 % adressent directement la patiente aux urgences. En revanche, pendant le week-end, le médecin généraliste ayant davantage de difficultés à joindre son confrère oncologue, le recours aux services d'urgences est beaucoup plus fréquent (22 %) [graphique 2]. La difficulté des échanges entre ville et hôpital ne permet ainsi pas au médecin traitant d'envisager une hospitalisation sans passage par les urgences, ce qui peut être préjudiciable pour un patient immunodéprimé chez qui le risque d'infection est élevé et qui doit être au maximum protégé de contacts avec d'autres patients porteurs d'agents infectieux. Les jeunes médecins suivent plus fréquemment les recommandations que leurs confrères plus âgés : en semaine, 78 % des médecins de moins de 50 ans contactent en première intention l'oncologue référent ou le service d'oncologie, contre 59 % des plus de 58 ans.

5. Il était précisé que cette consultation d'annonce devait associer l'annonce du diagnostic, la proposition de traitement, des informations sur les droits des patients et les possibilités de soutien social.

### TABLEAU 3

#### Facteurs associés au fait pour les généralistes d'être toujours ou souvent informés des effets secondaires attendus des traitements

En %

	Odds ratio [IC 95 %]
<b>Sexe</b>	
Femme	Référence
Homme	1,57** [1,17 ; 2,10]
<b>Âge</b>	
Moins de 50 ans	Référence
Entre 50 et 58 ans	1,65** [1,20 ; 2,26]
Plus de 58 ans	1,75** [1,23 ; 2,50]
<b>Patientèle</b>	
Moins de 1 500 patients	Référence
De 1 500 à 2 000 patients	1,57* [1,10 ; 2,25]
Plus de 2 000 patients	1,85*** [1,31 ; 2,61]
<b>Formation oncologique</b>	
Membre d'un réseau ou formation	1,27 [0,87 ; 1,84]
Formation médicale continue (5 dernières années)	1,56** [1,13 ; 2,14]
Aucune formation	Référence
<b>Participation à des réunions de concertation pluridisciplinaire</b>	
Non	Référence
Oui	1,86** [1,17 ; 2,97]

Notes • \* Significativité au seuil de 5 %. \*\* Significativité au seuil de 1 %. \*\*\* Significativité au seuil de 0,1 %.

Nombre de médecins = 947.

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %

Variable dépendante : Être informé des effets secondaires attendus des traitements (toujours ou souvent *versus* parfois à jamais).

Le modèle estimé est un modèle de régression logistique qui tient également compte du nombre de dossiers de demande de mise en ALD, de la zone d'exercice du médecin (rural ou urbain), du mode d'exercice (seul ou en cabinet de groupe) et du score global de l'importance du rôle perçu. Ces quatre variables n'étant pas significatives, elles n'apparaissent pas dans le tableau.

Lecture • La probabilité que les médecins soient toujours ou souvent informés des effets secondaires attendus des traitements est 1,57 fois plus élevée chez les praticiens hommes que chez les femmes.

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Sources • DREES, Unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, décembre 2015-mars 2016.

### Un rôle essentiel dans les différents aspects du suivi à long terme

De plus en plus de patients guérissent de leur cancer et bénéficient d'un suivi spécifique comprenant le traitement de la douleur, l'évaluation de leurs besoins en soins

•••

6. Les soins de support sont proposés en complément des traitements spécifiques et concernent principalement la prise en compte de la douleur, la fatigue, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, les troubles respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs et les handicaps, les problèmes odontologiques, les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle, l'accompagnement de fin de vie des patients ainsi que de leur entourage.

7. Ce rôle particulier est décrit dans les « bonnes pratiques communes de prise en charge de tous les cancers » détaillées dans les guides *Parcours de soins* édités par la HAS et l'INCa à l'usage des généralistes.

8. La question ne proposait pas de réponses préétablies : « Que lui proposez-vous pour son lymphœdème ? ».

9. Un lymphœdème du membre supérieur est un gonflement provoqué par le ralentissement ou le blocage de la circulation de la lymphe. C'est un effet secondaire possible de tout geste ou traitement réalisé au niveau de l'aisselle (en particulier curage axillaire).

de support<sup>6</sup> et la détection des récurrences. Le médecin traitant a précisément en charge la coordination de cette surveillance<sup>7</sup>. La majorité des médecins (78 %) ont déclaré avoir un confrère référent pour la prise en charge des douleurs et connaissaient un professionnel pouvant être contacté en cas de suspicion d'effet indésirable d'un traitement. En revanche, seulement la moitié disposait d'un référent diététique (48 %) ou d'une personne contact susceptible de traiter des problèmes sociaux (50 %). Les médecins formés en oncologie ou membres d'un réseau étaient significativement plus nombreux à avoir des référents parmi les professionnels assurant des soins de suite (82 % pour la douleur, 81 % pour la pharmacologie, 57 % pour la prise en charge sociale et 54 % pour la nutrition).

La gestion de la douleur par les médecins généralistes a été appréciée *via* une situation clinique fictive. Il s'agissait d'une question ouverte<sup>8</sup> sur la prise en charge d'un lymphœdème<sup>9</sup> douloureux du membre supérieur chez une femme (de 38 ou 73 ans selon la version proposée) opérée trois ans plus tôt d'un cancer du sein. Les médecins ont déclaré spontanément des comportements conformes aux recommandations : prescrire un drainage lymphatique (75 % des cas), une contention (38 %) ou donner des conseils d'hygiène de vie (8 %) ou d'hygiène alimentaire (4 %), indépendamment de l'âge de la patiente. La survenue récente du lymphœdème pouvait également évoquer une rechute, ce qui a été envisagé par la majorité des médecins puisque 69 % d'entre eux ont déclaré prescrire une mammographie de contrôle à cette patiente.

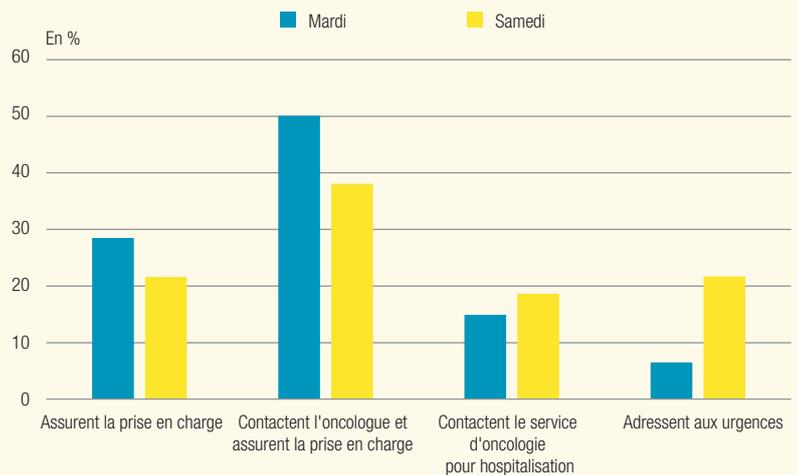
Pour la prise en charge des douleurs chez les patients cancéreux, les médecins femmes recommandent (de souvent à toujours) l'acupuncture et l'hypnose plus souvent que leurs confrères masculins (25 % contre 14 % pour l'acupuncture et 22 % contre 10 % pour l'hypnose), et cette différence entre hommes et femmes existe quel que soit leur âge.

Deux ans après un diagnostic de cancer, 3 personnes sur 5 conservent des séquelles ayant un impact négatif considérable sur leur qualité de vie. Douleurs, fatigue chronique et difficultés sexuelles sont les plus fréquemment rapportées,



## GRAPHIQUE 2

Modalités de prise en charge par les généralistes d'une patiente présentant une fièvre à 39°C avec signes de gravité, 10 jours après une séance de chimiothérapie, selon le jour de la semaine

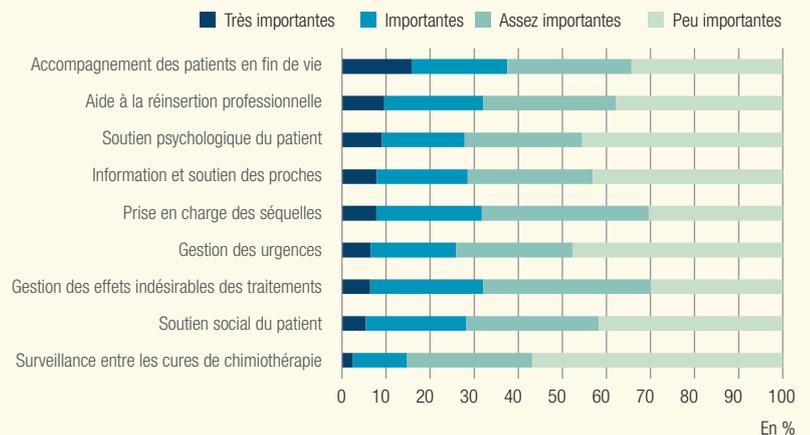


**Lecture** • 6 % des médecins adressent la patiente aux urgences le mardi et 22 % si l'évènement survient un samedi.  
**Champ** • Médecins généralistes, France métropolitaine  
**Sources** • DREES, Unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, décembre 2015-mars 2016.



## GRAPHIQUE 3

Difficultés rencontrées au cours de la prise en charge des patients ayant un cancer



**Note** • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 1,5 % pour toutes les questions ci-dessus, à l'exception de l'aide à la réinsertion professionnelle (4 % de non-réponses).  
**Lecture** • 6 % des médecins déclarent des difficultés importantes pour gérer les urgences, 19 % des difficultés importantes, 26 % assez importantes et 47 % peu importantes.  
**Champ** • Médecins généralistes, France métropolitaine.  
**Sources** • DREES, Unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, décembre 2015-mars 2016.

toutes localisations cancéreuses confondues (INCa, 2014). 60 % des médecins n'abordent cependant la question des éventuelles difficultés sexuelles qu'à la demande des patients. Seuls 5 % des médecins évoquent le sujet d'eux-mêmes,

avec chaque patient. Contrairement aux douleurs et à la fatigue, motifs fréquents de consultation (Adam, 2014), les difficultés sexuelles sont rarement exprimées par les patients, ce qui peut expliquer leur faible prise en compte par les médecins,

qu'ils soient spécialistes ou généralistes (Bober, 2009). Enfin, concernant les conseils hygiéno-diététiques<sup>10</sup>, environ la moitié des médecins déclarent donner systématiquement des conseils diététiques à leurs patients en rémission d'un cancer (50 % aux patients de plus de 60 ans et 40 % aux patients plus jeunes) et 80 % leur faire la promotion d'une activité physique régulière, quels que soient le sexe et l'âge du patient. Concernant la consommation tabagique, 40 % des médecins affirment interroger systématiquement leurs patients sur leur consommation de tabac (seulement 35 % s'il s'agit de femmes de plus de 60 ans) et 70 % proposer un sevrage tabagique à tous les fumeurs. Cependant, les médecins eux-

mêmes fumeurs (18 % de l'échantillon) interrogeaient moins souvent systématiquement leurs patients sur leur consommation de tabac que les médecins n'ayant jamais fumé, et en particulier lorsqu'il s'agissait de patients de moins de 60 ans (29 % contre 54 %). Ils proposaient aussi moins souvent une aide au sevrage tabagique à ces patients de moins de 60 ans (38 % contre 78 % pour les médecins n'ayant jamais fumé).

### Les difficultés de prise en charge sont souvent liées au défaut de communication ville-hôpital

Les deux tiers des médecins éprouvent des difficultés (de « assez » à « très impor-

tantes ») pour accompagner les patients en fin de vie, gérer les effets indésirables des traitements à moyen et long termes et prendre en charge les séquelles du cancer (graphique 3). Les difficultés ressenties (mesurées par un score dont la construction est décrite dans l'encadré 2) augmentent significativement avec l'âge du médecin et avec l'insatisfaction par rapport aux consignes reçues de l'équipe ou du médecin spécialisés.

En dehors du facteur âge, qui révèle probablement la place plus importante que l'oncologie a prise au sein des études médicales, les difficultés ressenties par les médecins sont principalement liées à un défaut de transmission de l'information par les confrères spécialistes et à l'insatis-

•••  
**10.** Ces questions ont été proposées à la moitié de l'échantillon des médecins généralistes. Chaque médecin a répondu pour l'un des quatre profils de patients proposés de façon aléatoire (femme de moins de 60 ans avec un cancer du sein, femme de plus de 60 ans avec un cancer du sein, homme de moins de 60 ans avec un cancer de la prostate et homme de plus de 60 ans avec un cancer de la prostate).

**TABLEAU 4**  
Facteurs associés à des scores élevés de difficultés ressenties lors du suivi des patients

En %

	Score global de difficultés supérieur à la médiane	Scores de difficultés ressenties supérieurs à la médiane lors de la prise en charge		
		médicale	médico-sociale à long terme	psychologique
	OR [IC 95 %]	OR [IC 95 %]	OR [IC 95 %]	OR [IC 95 %]
<b>Âge</b>				
Moins de 50 ans	Référence	Référence	Référence	Référence
Entre 50 et 58 ans	1,27 [0,95 ; 1,68]	1,33 [0,98 ; 1,79]	1,10 [0,83 ; 1,46]	0,89 [0,67 ; 1,18]
Plus de 58 ans	1,46* [1,04 ; 2,03]	1,59** [1,13 ; 2,23]	1,41* [1,01 ; 1,98]	1,23 [0,88 ; 1,72]
<b>Mode d'exercice</b>				
Exerce seul	Référence	Référence	Référence	Référence
Cabinet de groupe	1,28 [0,98 ; 1,66]	1,48** [1,13 ; 1,95]	1,26 [0,97 ; 1,64]	0,92 [0,71 ; 1,20]
<b>Satisfait des consignes reçues du médecin spécialiste<sup>1</sup></b>				
Souvent à toujours	Référence	Référence	Référence	Référence
Parfois à jamais	1,39* [1,07 ; 1,80]	1,71*** [1,31 ; 2,24]	1,12 [0,86 ; 1,45]	1,26 [0,97 ; 1,63]
<b>Toujours informé de ce qui a été dit au patient sur son diagnostic et les effets secondaires des traitements</b>				
Oui	Référence	Référence	Référence	Référence
Non	1,16 [0,89 ; 1,50]	1,39* [1,06 ; 1,83]	1,04 [0,80 ; 1,35]	1,09 [0,84 ; 1,42]

**Notes** • \* Significativité au seuil de 5 %. \*\* Significativité au seuil de 1 %. \*\*\* Significativité au seuil de 0,1 %.  
OR = Odds ratio. IC 95 % = Intervalle de confiance à 95 %.

Les variables constituant les scores sont détaillées dans l'encadré méthodologique.

Les variables dépendantes sont les scores utilisés sous forme dichotomique (supérieur ou égal à la médiane comparé à inférieur à la médiane).

Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 3 % pour toutes les questions constituant les scores.

Les modèles estimés sont des modèles de régression logistique qui tiennent également compte du sexe, de la formation/l'appartenance à un réseau et du milieu d'exercice (urbain ou rural). Ces variables n'étant pas significativement associées aux scores elles n'apparaissent pas dans les tableaux.

1. Satisfaction par rapport aux consignes : consignes claires, correspondant aux besoins et arrivant dans les temps (variable combinée).

**Lecture** • La probabilité d'avoir un score global de difficultés supérieur à la médiane est 1,46 fois plus élevée chez les médecins de plus de 58 ans que chez ceux de moins de 50 ans (référence).

**Champ** • Médecins généralistes, France métropolitaine.

**Sources** • DREES, Unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, décembre 2015-mars 2016.

faction qui en découle (tableau 4). Si des études interventionnelles<sup>11</sup> ont montré que l'envoi d'informations ciblées aux généralistes pouvait améliorer la prise en charge des patients (Rougé-Bugat, 2015 ; Jefford, 2008), la communication de documents ne semble pas suffisante. Plus qu'une

simple amélioration de l'information, c'est bien une véritable collaboration qui semble faire défaut dans les échanges hôpital-ville, collaboration qui impliquerait à la fois une définition claire des rôles respectifs des oncologues et des médecins généralistes dans le suivi à long terme des patients

souffrant de cancer, et une communication sans intermédiaire, dans les temps et dans les deux sens.

*Les auteurs remercient l'ensemble des médecins généralistes libéraux qui ont accepté de participer à l'enquête.*

•••  
**11.** Les études interventionnelles ont pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention. Dans l'exemple cité on compare un groupe de médecins qui ont reçu une information ciblée à un groupe témoin (qui ne l'a pas reçue).

## POUR EN SAVOIR PLUS

- **Adam R, Wassel P, Murchie P.** Why do patients with cancer access out-of-hours primary care? *British Journal of General Practice* 2014; DOI: 10.3399/bjgp14X677158
- **Augestad KM, Norum J, Dehof S, et al.** Cost-effectiveness and quality of life in surgeon versus general practitioner-organised colon cancer surveillance: a randomised controlled trial. *BMJ open* 2013 Apr 4;3(4).
- **Bachevillier C., Guichard A.** (2014). La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie : place du médecin généraliste traitant (Thèse de médecine). Faculté Lyon.
- **Bober SL, Recklitis CJ, Campbell EG, et al.** Caring for cancer survivors. A survey of primary care physicians. *Cancer*, 2009; 115 (18 suppl):4409-18.
- **Colonna M.** (2015). *Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008. Étude à partir des registres de cancers. Francim.* Programme partenarial Francim/HCL/InVS/INCa. Disponible sur le site [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr) et [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).
- **Dagada C, Mathoulin-Pelissier S, Monnereau A, et al.** Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes. Résultats d'une enquête auprès de 422 médecins en Aquitaine. *Management of cancer patients by general practitioners.* *La Presse médicale* 2003,32(23):1060-65.
- **Dawes AJ, Hemmelgam M, Nguyen D K, et al.** Are primary care providers prepared to care for breast cancer survivors in the safety net? *Cancer*, 2015 April 15; 121(8):1249-56.
- **Del Giudice ME, Grunfeld E, Harvey BJ, et al.** Primary Care Physicians' Views of Routine Follow-Up Care of Cancer Survivors. *J Clin Oncol* 2009;27:3338-45.
- **Demagny L, Holtedahl K, Bachimont J, et al.** General practitioners' role in cancer care: a French-Norwegian study, *BMC Research Notes*, 2009;2:200.
- **Forsythe LP, Parry C, Alfano CM, et al.** Use of survivorship care plans in the United States: associations with survivorship care. *J Natl Cancer Inst* 2013;105(20):1579-87.
- **Geelen E, Krumeich A, Schellevis FG, et al.** General practitioners' perceptions of their role in cancer follow-up care: A qualitative study in the Netherlands. *Eur J Gen Pract* 2014;20(1):17-24.
- **Grunfeld E, Levine M, Julian J, et al.** Randomized Trial of Long-Term Follow-Up for Early-Stage Breast Cancer: A Comparison of Family Physician Versus Specialist Care. *J Clin Oncol* 2006;24:848-55.
- **Hanks H, Veitch C, Harris MF.** A rural/urban comparison of the roles of the general practitioner in colorectal cancer management. *Aust. J. Rural Health* 2008;16:376-82.
- **Institut national du cancer.** *Les cancers en France en 2015. L'essentiel des faits et chiffres.* [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
- **Institut national du cancer,** (2014). *La vie deux ans après un diagnostic de cancer. De l'annonce à l'après cancer.* INCA, collection Études et enquêtes. [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
- **Jefford M, Baravelli C, Dudgeon P, et al.** Tailored chemotherapy information faxed to general practitioners improves confidence in managing adverse effects and satisfaction with shared care: results from a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2008;26:2272-77.
- **Leone N., Voirin N., Roche L., et al.** (2015). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique. Saint-Maurice (France) : Institut de veille sanitaire. Disponible sur le site de l'InVS ([www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)) et celui de l'INCa ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).
- **Numico G, Pinto C, Gori S, et al.** Clinical and organizational issues in the management of surviving breast and colorectal cancer patients: attitudes and feelings of medical oncologists. *PLOS ONE*, 2014;9(7): e101170.
- **Institut national du cancer.** *Plan Cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous partout en France.* accessible à <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
- **Rougé-Bugat ME, Lassoued D, Bacrie J, et al.** Guideline sheets on the side effects of anticancer drugs are useful for general practitioners. *Support Care Cancer* 2015. DOI 10.1007/s00520-015-2705-x.
- **Tardieu E, Thiry-Bour C, Devaux C, et al.** Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. *Bulletin du cancer*, mai 2012, 99(5):557-62.

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site  
[drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur  
[www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution  
[drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

**Directeur de la publication :** Jean-Louis Lhéritier  
**Responsable d'édition :** Souphaphone Douangdara  
**Rédactrice en chef technique :** Sabine Boulanger  
**Secrétaires de rédaction :** Fabienne Brifault et Laura Dherbecourt  
**Composition et mise en pages :** T. B.  
**Conception graphique :** Julie Hiet et Philippe Brulin  
**Imprimeur :** Imprimerie centrale de Lens  
**Pour toute information :** [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)  
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •  
ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384