

UNIVERSITÉ PARIS OUEST È

FACULTE DE MEDECINE DE SAINT QUENTIN EN YVELINES

ANNEE 2016

THÈSE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2016
à Saint Quentin

Par Anne de SAMIE,

née le 12/07/1989 à LIMOGES (87)

TITRE :

**Analyse quantitative de la fréquentation du cabinet du médecin traitant par le patient
cancéreux 12 mois avant et 12 mois après le diagnostic de cancer, à partir de la base
OMG**

PRESIDENT DU JURY : Professeur Pierre-Louis DRUAIS

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Pascal CLERC

ACADEMIE DE VERSAILLES
UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
U F R DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

ANNEE 2016

N°

THÈSE
POUR LE DIPLOME
D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Anne de SAMIE

Né(e) le 12 juillet 1989 à LIMOGES

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2016

TITRE : Analyse quantitative de la fréquentation du cabinet du médecin traitant par le patient cancéreux 12 mois avant et 12 mois après le diagnostic de cancer, à partir de la base OMG

JURY :

Président : M. le Professeur Pierre-Louis DRUAIS
Directeur : M. le Docteur Pascal CLERC

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pierre-Louis DRUAIS,

Qui me fait l'honneur de présider ce jury.

À Monsieur le Docteur Pascal CLERC,

Qui a accepté de diriger ma thèse.

Merci de m'avoir intégrée à ce projet de recherche qui m'a beaucoup intéressée, merci pour ta disponibilité et d'avoir fait le nécessaire pour respecter mon principal impératif !

À Madame et Messieurs les membres du Jury :

Monsieur le Docteur LE FLOCH PRIGENT

Monsieur le Docteur BOISNAULT

Monsieur le Docteur AMIR MOAZAMI

Madame le Docteur FARCY,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À mes maîtres de stage :

Madame le Docteur Delphine JULIEN-LABRUYERE

Madame le Docteur Caroline POURQUIE

Monsieur le Docteur Paul GUMY

Qui me confirment chaque jour que j'ai choisi la bonne route.

REMERCIEMENTS

À Simon, mon Amour et le compagnon du grand voyage qui nous attend,
Merci de m'avoir aidée et soutenue pour franchir toutes les difficultés de la rédaction de thèse.

Merci pour l'anglais, l'informatique...la motivation et le réconfort dans cette épreuve.
Merci pour le bonheur et la douceur de la vie à tes côtés.

À Ursule,
Que j'attends.

À Maman chérie,
Merci pour ton éducation, tes valeurs et ton amour inconditionnel.
Merci de m'avoir donné le courage de franchir ces rudes études et le goût pour ce merveilleux métier.
J'espère parvenir à l'exercer comme toi.

À mon père qui m'aime à sa manière, tu m'as appris à me maîtriser et à persévérer.
Merci pour l'exemple de rigueur et de talent dans ton exercice, que tu as toujours représenté.
Merci de m'avoir donné l'esprit critique face aux choses établies.

À mon frère Grégoire,
À ma soeur Cécile,
Mes fondations, que j'aime.
Merci de savoir me comprendre.
Merci de partager ma joie de voir se réaliser les grands projets.

À mon vrai/faux grand-père, Pierre,
Merci pour tes apprentissages précoces, scolaires comme personnels.
Merci de m'avoir guidée par moment et appris à me méfier du corps enseignant.

À Pascal et ses enfants,
Merci pour votre soutien ; familial.

À la famille Barande,
Merci de m'avoir donné une place parmi vous.
Merci pour vos encouragements devant les étapes de ces derniers temps.

Aux amies précieuses qui m'ont entourée depuis des années, Sarah, Ségolène, Hortense, Juliette, Anaïs.

À tous les copains présents aujourd'hui de près ou de loin pour profiter de cette joyeuse période : Antoine, Louis-Aubin, Bertrand, Olivier, Sibylle et Paul, Elodie et Vincent, Sabrina et Quentin, Lamya et Sébastien, Elsa, Anne, Sara, Mehdi.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	8
1.1. Généralités.....	8
1.2. En France : état des lieux des recommandations officielles de suivi pour cinq tumeurs solides courantes.....	8
1.2.1. Cancers colorectaux.....	9
1.2.2. Cancers du sein.....	11
1.2.3. Cancer de la prostate	13
1.2.4. Cancer du col de l'utérus.....	16
1.2.5. Cancer du poumon	18
1.3. Les données de ce suivi en pratique.....	20
1.4. Les pratiques de suivi à l'étranger, exemple du Danemark	21
1.5. Objectif.....	23
2. Matériel et méthode	24
2.1. Analyse bibliographique.....	24
2.1.1. Moteurs de recherche bibliographiques utilisés et bases de données	24
2.1.2. Mots clés utilisés	24
2.2. Population générale de l'étude	24
2.2.1. Sélection des patients	25
2.2.2. Variables patients	25
2.3. Analyse statistique	26
3. Résultats.....	27
3.1. Description générale de la population étudiée	27
3.1.1. Répartition par classes d'âge et sexe	27
3.1.2. Répartition par classes d'âge et sexe et localisation du cancer	27
3.2. Description de la population par type de cancer	30
3.2.1. Cancers digestifs	30
3.2.2. Cancers hématologiques.....	30
3.2.3. Cancers dermatologiques	31
3.2.4. Cancers du sein.....	31
3.2.5. Cancers autres	31
3.2.6. Cancers génitaux.....	32
3.2.7. Cancers respiratoires	32
3.3. Suivi des patients en fonction de leur statut	33
3.3.1. Incidence du genre sur le suivi.....	35
3.3.2. Incidence de l'âge sur le suivi	36
3.3.3. Incidence du statut métastatique sur le suivi	38
3.3.4. Incidence de la localisation cancéreuse sur le suivi	40
3.4. Moyenne des actes avant et après le diagnostic de cancer.....	42
4. Discussion.....	43
4.1. Réponse à la question de recherche.....	43
4.2. Limite de notre travail	44
4.3. Intérêt de notre travail	45
5. Conclusion	47

ABREVIATIONS

RCP réunion de concertation pluridisciplinaire

FCU frottis cervico-utérin

ALD affection de longue durée

InVS Institut de Veille Sanitaire

INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

SCC Squamous cell carcinoma

CIM classification internationale des maladies

DRC dictionnaire des résultats de consultation

OMG observatoire de la médecine générale

1. Introduction

1.1. Généralités

Par sa fréquence et la diversité de ses formes, le cancer est immanquablement le « mal du siècle ». L'évolution de la technique médicale dans les domaines oncologiques et chirurgicaux a déjà permis de nettes améliorations de la survie et de la qualité de vie des patients cancéreux, et laisse encore espérer de grandes évolutions pour les années à venir.

De fait, la population de patients cancéreux en cours de traitement se trouve en augmentation et doit être examinée sous plusieurs aspects. Les médecins généralistes, de par leur position dans le système de soins sont concernés par le dépistage des cancers, le diagnostic, et le suivi au long cours. Leur impression est que les patients pour lesquels ils ont diagnostiqués un cancer leur échappent par la suite. Cependant aucune étude, en France, en soins ambulatoires, n'existe pour confirmer ou infirmer cette impression.

Ce travail de thèse a pour but d'effectuer une revue des recommandations pour les cinq tumeurs les plus fréquentes en France et de proposer une étude sur base de données en ambulatoire, pour évaluer le suivi en médecine générale.

1.2. En France : état des lieux des recommandations officielles de suivi pour cinq tumeurs solides courantes

Cette partie s'attache à l'épidémiologie des cinq localisations cancéreuses citées ci-après. Ces localisations ont été choisies par argument de fréquence dans le cadre de la consultation courante en soins de premier recours. Il s'agit des cancers colo-rectaux, du sein, de la prostate, du poumon et du col de l'utérus. Les chiffres sont extraits des données de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

Dans un second temps, nous décrivons le suivi recommandé par la Haute Autorité de Santé, en terme de contenu et de fréquence, d'après les protocoles d'Affection de Longue Durée en vigueur pour chaque organe concerné.

1.2.1. Cancers colorectaux

L'incidence du cancer colorectal est estimée, en 2010, à 40 000 nouveaux cas dont 52 % chez l'homme. Il s'agit du troisième cancer le plus fréquent. La maladie touche dans 95 % des cas des personnes âgées de plus de 50 ans avec un âge moyen au moment du diagnostic de 70 ans chez les hommes et de 73 ans chez les femmes.

Le cancer colorectal est un cancer de bon pronostic lorsqu'il est diagnostiqué à un stade précoce : la survie relative à 5 ans est de 91 % pour les stades localisés, de 70 % pour les stades avec envahissement locorégional. En revanche, la survie à 5 ans est environ de 11 % dans les situations métastatiques qui représentent environ 25 % des patients au moment du diagnostic. Le taux de mortalité par cancer colorectal a diminué ces 20 dernières années grâce aux progrès réalisés en matière de prise en charge (précocité du diagnostic et amélioration des modalités thérapeutiques). Environ 17 000 décès annuels lui sont imputables (près de 11 % des décès par cancer).

Le suivi du patient en post-thérapeutique s'appuie sur les objectifs suivants : veiller à la qualité de vie, détecter les récurrences locales ou à distance, détecter des effets indésirables tardifs liés au traitement, organiser les soins de support nécessaires, permettre un accompagnement social et une aide à la réinsertion professionnelle lorsque cela est pertinent, détecter un éventuel second cancer.

Le suivi du cancer colorectal doit être organisé, structuré et cohérent avec l'âge et l'état général du malade, le stade de la tumeur au moment du diagnostic et les traitements

envisageables au vu des éléments constatés. Les médecins chargés du suivi doivent être clairement identifiés. Les cinq premières années et sauf cas particuliers, le suivi peut être réalisé par le médecin traitant en alternance avec l'équipe spécialisée. Au-delà, un suivi par le médecin traitant seul peut être décidé en fonction d'un schéma discuté avec l'équipe spécialisée et le patient.

En ce qui concerne la recherche de signes évocateurs de récurrence ou de second cancer, en l'absence de récurrence, la durée de la surveillance d'un patient traité pour un cancer colorectal est de 5 ans. Au-delà de cette durée, le patient traité reste à risque élevé de cancer et donc bénéficie tous les 5 ans d'un dépistage par coloscopie.

Le suivi dépend du type de cancer, du stade auquel il a été diagnostiqué et des traitements reçus. Le programme de suivi doit être établi par l'équipe référente du traitement.

Ce suivi repose sur l'examen clinique, la biologie, l'endoscopie et l'imagerie. L'imagerie peut comprendre au minimum une radiographie thoracique et une échographie abdominale ou un scanner thoraco-abdomino-pelvien. Ces modalités doivent être adaptées en fonction du patient (terrain et résultats du bilan pré-thérapeutique) et des possibilités thérapeutiques en cas de récurrence. Les examens supplémentaires sont guidés par les symptômes et dépendent de chaque situation clinique.

Le suivi comprend un temps d'échange avec le patient pour l'accompagner en fonction de ses besoins dans l'après-cancer.

En l'absence de données de haut niveau de preuve dans la littérature, le rythme de suivi proposé repose sur un consensus d'experts [Annexes - Tableau I].

Le suivi du cancer colorectal s'intègre dans une prise en charge médicale globale, qui comprend, entre autres, la surveillance des complications tardives et des comorbidités du patient, notamment :

- les vaccinations et les conseils classiques en usage. La vaccination antigrippale peut se faire au cours de la chimiothérapie, elle est néanmoins moins efficace ;
- le diagnostic et la prise en charge d'une éventuelle dépression ;
- l'aide au sevrage alcoolique et tabagique ;
- la surveillance nutritionnelle : elle doit être régulière ;
- les conseils hygiéno-diététiques ;
- la prise en charge psycho-sociale.

1.2.2. Cancers du sein

Le cancer du sein est le premier cancer féminin en termes de fréquence avec plus de 50 000 nouveaux cas estimés en 2008. L'âge médian au diagnostic est de 61 ans. Le cancer du sein représente plus du tiers de l'ensemble des nouveaux cas de cancer chez la femme et une part importante des patients en ALD 30. Ainsi près de 17 % des personnes prises en charge au titre d'une ALD 30 en 2006 l'ont été pour un cancer du sein. Son incidence a augmenté de manière constante entre 2000 et 2005 (évolution du taux d'incidence standardisé de + 2,1 % par an en moyenne). Parallèlement, sa mortalité était en diminution sur cette même période (diminution de 1,3 % par an en moyenne). Ces évolutions inverses s'expliquent en partie par le dépistage organisé ayant amené à des diagnostics plus précoces, mais aussi par l'amélioration de l'efficacité des traitements disponibles. Des données publiées en 2008 à partir de la base de données des ALD du régime général de l'Assurance maladie suggèrent une diminution depuis 2005 de l'incidence du cancer du sein possiblement liée aux diminutions de prescriptions des traitements hormonaux de la ménopause.

Le cancer du sein bénéficie d'un pronostic à long terme favorable, d'autant plus qu'il est diagnostiqué et pris en charge de plus en plus tôt. La survie moyenne à 5 ans est estimée à près de 85 %. Le médecin traitant, impliqué dès la phase initiale de la maladie, se

retrouve donc de plus en plus concerné par le suivi sur le long terme de sa patiente. Si l'on considère la surveillance post-thérapeutique d'une patiente ayant bénéficié d'un traitement curatif, le suivi réunit les objectifs suivants : déceler les récurrences locales ou à distance et la survenue d'un nouveau cancer du sein contralatéral, rechercher et prendre en charge les complications tardives liées aux traitements et les séquelles, organiser les soins de support nécessaires, et faciliter la réinsertion socioprofessionnelle si nécessaire.

Les professionnels impliqués dans ce suivi sont médecin généraliste, gynécologue médical, gynécologue-obstétricien, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, radiologue, chirurgien, médecin du travail, paramédicaux (infirmier, kinésithérapeute et diététicien), psychologue, assistant socio-éducatif.

Le schéma de référence prévoit une consultation tous les 6 mois pendant 5 ans, puis tous les ans. Ce calendrier de surveillance doit être discuté et adapté pour chaque patiente, notamment selon les critères de gravité et le risque de rechute. Le schéma de suivi doit être précisé dans un compte rendu de fin de traitement remis au médecin traitant. L'interrogatoire et l'examen clinique recherchent l'apparition de complications liées au traitement, de signes d'appel de récurrence locale ou à distance et en évaluent l'évolution. Un temps est réservé à un échange sur la réinsertion socioprofessionnelle et la qualité de vie de la patiente. La mammographie annuelle bilatérale (après chirurgie partielle) ou unilatérale (après mastectomie totale) constitue l'examen de référence de la surveillance paraclinique. Elle peut être associée à une échographie mammaire (bilatérale ou contralatérale selon la chirurgie). La première mammographie de surveillance doit être réalisée 1 an après la mammographie initiale et au moins 6 mois après la fin de la radiothérapie. Pour les patientes traitées par tamoxifène, une échographie pelvienne annuelle est nécessaire du fait du risque de cancer de l'endomètre.

Il n'y a pas d'indication à la réalisation systématique d'autres examens d'imagerie (en particulier hépatique ou thoracique). Les autres examens complémentaires sont discutés en

présence de signes d'appel. D'autre part, aucun dosage de marqueurs tumoraux sériques n'est recommandé dans le suivi.

La patiente est suivie sur le long terme, selon un programme de surveillance à réévaluer tous les 5 ans. Le suivi habituel se fera donc à la fréquence de : tous les 3 à 6 mois les 2 premières années, tous les 4 à 6 mois les 3 années suivantes, et annuellement par la suite.

1.2.3. Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate constitue un problème de santé publique important, il se situe en France au premier rang des cancers avec une estimation à plus de 71 000 nouveaux cas en 2011. Son incidence est en forte augmentation (+ 8,5 % par an entre 2000 et 2005) en raison de l'effet combiné du vieillissement de la population, de l'amélioration de la sensibilité des techniques diagnostiques et de la diffusion du dépistage par dosage du PSA. Parallèlement on observe à l'instar du cancer du sein, une diminution de son taux de mortalité (en moyenne - 2,5 % par an sur cette même période) du fait notamment de l'amélioration de l'efficacité des traitements. Avec une survie relative à 5 ans estimée à près de 80%, c'est un cancer de très bon pronostic. L'âge moyen au diagnostic est de 71 ans.

Du fait de l'évolution souvent lente de la maladie, un traitement immédiat n'est pas toujours nécessaire. Lorsqu'elle est découverte à un stade asymptomatique et en cas de tumeur à faible risque évolutif il peut être discuté de différer la mise en route du traitement (y compris à visée curative). Chez ces patients, le choix de différer le traitement s'appuie sur le même principe que celui retenu pour l'indication de la biopsie. La décision est discutée selon l'état général du patient et son espérance de vie appréciée selon l'âge et les comorbidités, les effets indésirables potentiels des traitements. Il est important de tenir compte de l'avis du patient, éclairé par une discussion sur les bénéfices et les risques de chaque option. Il peut

être nécessaire, et si le patient le souhaite, d'associer également son entourage dans ce dialogue.

On exerce alors une « surveillance active », dont le principe consiste à ne débiter le traitement (à visée curative) qu'en cas de signe d'évolution de la maladie. De la même manière que pour les localisations précédentes, les objectifs du suivi sont : détecter les récurrences locales ou à distance, détecter précocement un second cancer, détecter des effets indésirables tardifs liés au traitement, veiller à la qualité de vie, organiser les soins de support nécessaires et permettre un accompagnement social et une aide à la réinsertion professionnelle lorsque cela est pertinent.

L'organisation du suivi du patient nécessite également une coordination entre le médecin traitant et l'équipe de soins spécialisée, en particulier pour l'interprétation des différents dosages du PSA qui implique systématiquement une appréciation spécialisée. Pour toute suspicion de récurrence (arguments cliniques ou biochimiques) ; le patient doit être vu par l'équipe spécialisée, la prise en charge des récurrences étant définie dans le cadre d'une RCP.

Chez les patients atteints de tumeurs localisées, habituellement asymptomatiques, le risque d'interrompre le suivi est important. La bonne coordination sur le long terme entre le médecin traitant et l'équipe spécialisée est essentielle pour maintenir un suivi au long cours de la maladie et limiter le risque de perte de vue.

Après traitement à visée curative, les premières consultations post- thérapeutiques sont réalisées par l'équipe de soins spécialisée.

Le suivi clinique et biochimique (PSA) au long cours peut être ensuite assuré par le médecin traitant selon les modalités définies avec l'équipe spécialisée et en concertation avec le patient.

Pour le cas des patients présentant une maladie à un stade avancé, et chez un

patient asymptomatique et traité par hormonothérapie, le suivi au long cours peut être réalisé par le médecin traitant en alternance avec l'équipe spécialisée selon les modalités définies avec l'équipe spécialisée et en concertation avec le patient.

Les modalités du suivi du cancer consistent en une première visite entre 6 semaines et 3 mois après initiation du traitement ; puis tous les 6 mois pendant 3 à 5 ans ; puis annuellement pendant 15 ans (au-delà de cette période, en cas de rémission clinique et biochimique complète, le risque résiduel de récurrence est considéré comme très faible). La surveillance est également réalisée par l'équipe spécialisée avec l'aide du médecin traitant et en concertation avec le patient.

En l'absence de données suffisantes, les modalités proposées pour le suivi reposent sur un consensus d'experts. Le protocole de suivi est adapté à la situation individuelle de chaque patient. À titre indicatif, le rythme suivant est proposé, en associant : l'examen clinique (le toucher rectal est inutile en cas de prostatectomie totale avec PSA indétectable, dans les autres cas il est recommandé) et le dosage du PSA sérique total (le dosage du PSA libre n'a aucune indication dans la surveillance ou le suivi après traitement).

En cas de tumeur métastatique ayant bien répondu au traitement : un dosage de la créatininémie, des phosphatases alcalines et de la calcémie est réalisé tous les 3 à 6 mois.

En cas de suspicion de récurrence, la nécessité de réaliser des examens complémentaires et le cas échéant le choix de ces examens sont discutés au cas par cas par l'équipe spécialisée (notamment une scintigraphie osseuse, TDM abdomino-pelvienne, ou IRM, selon le toucher rectal, le temps de doublement du PSA et la valeur du PSA).

Aucun examen d'imagerie systématique n'est recommandé pour les patients asymptomatiques en l'absence d'élévation significative de la valeur du PSA. L'imagerie est

réservée à des tumeurs localisées à faible risque d'évolution (classification de D'Amico), chez des patients dont l'espérance de vie est supérieure à 10 ans.

L'« abstention surveillance clinique » (watchfull waiting) consiste à différer la mise en route du traitement (hormonothérapie à visée palliative) au moment où apparaîtront des symptômes. Elle se discute en cas de tumeur localisée (risque faible ou intermédiaire) non agressive chez un patient âgé ou présentant par ailleurs des comorbidités importantes (espérance de vie inférieure à 10 ans).

1.2.4. Cancer du col de l'utérus

Avec près de 3 000 nouveaux cas estimés en 2008 en France, le cancer du col utérin est la onzième cause de cancer chez la femme. Le pic d'incidence est à 40 ans. Le cancer du col utérin est responsable de près de 1 000 décès annuels. Le pic de mortalité est à 50 ans.

La majorité des cancers du col utérin sont des carcinomes parmi lesquels 80 à 90 % sont des carcinomes épidermoïdes développés à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol ; et 10 à 20 % sont des adénocarcinomes développés à partir de l'épithélium cylindrique qui recouvre le canal endocervical ou endocol. Il existe également d'autres formes histologiques très rares : sarcomes, mélanomes, lymphomes, tumeurs secondaires. Leur prise en charge est spécifique et ne sera pas détaillée ici. Le cancer du col utérin est, dans la majorité des cas, une affection d'origine infectieuse à évolution lente. Il met en moyenne entre 10 et 15 ans à se développer après une infection génitale persistante par certains papillomavirus humains oncogènes (les génotypes 16 et 18 sont mis en évidence dans 70 % des cancers du col utérin). Cette infection, sexuellement transmissible et favorisée par la précocité des rapports sexuels et la multiplicité des partenaires, constitue le facteur de risque majeur de ce cancer. Certains facteurs favorisent la persistance de

l'infection, en particulier le tabagisme et l'immunodépression acquise (VIH, traitements immunosuppresseurs). L'infection persistante se traduit ensuite par des lésions histologiques précancéreuses : les néoplasies cervicales intra-épithéliales (ou CIN) de différents grades. Ces lésions peuvent régresser spontanément, persister ou évoluer vers un cancer du col utérin.

Comme pour les formes de néoplasie décrites précédemment, le suivi post-thérapeutique a pour objectif de détecter les récides locales (symptomatiques ou non) ou à distance, détecter des effets indésirables liés au traitement, dépister un second cancer (vulve et vagin notamment), organiser les soins de support nécessaires, faciliter la réinsertion socioprofessionnelle et améliorer la qualité de vie, en particulier sexuelle.

Le rôle du médecin traitant est essentiel, en coordination avec les autres intervenants : gynécologue, chirurgien, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, radiologue, pathologiste, gynécologue-obstétricien, urologue, médecin ayant une compétence en sexologie, médecin du travail. Les autres intervenants : psychologue, assistant social et le médecin généraliste s'il n'est pas le médecin traitant.

Le suivi se fait tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans, puis annuellement. Ce schéma peut être adapté en fonction des patientes et de situations cliniques particulières. La surveillance est fondée sur l'interrogatoire, l'examen clinique et gynécologique, notamment à la recherche de complications ou de symptômes évocateurs d'une récive. Chez les patientes ayant eu un traitement conservateur (trachélectomie élargie ou conisation), le frottis cervico-utérin de surveillance est systématique à 6 mois, 12 mois puis annuel.

Dans les autres situations, le FCU n'est pas recommandé à titre systématique, notamment chez les patientes ayant bénéficié d'une radiothérapie en raison des difficultés de son interprétation dans ce cas.

Sur le plan biologique, pour les cancers épidermoïdes, en cas d'élévation initiale, un dosage du SCC peut être utile au suivi.

Il n'y a pas d'examens complémentaires d'imagerie systématiques dans le cadre du suivi. Après un traitement conservateur (trachélectomie ou radio-chimiothérapie exclusive), une IRM annuelle peut être proposée pendant les 5 premières années, puis par la suite en cas de signes cliniques d'appel. La TEP-TDM au ¹⁸F-FDG peut être proposée dans le cadre de la surveillance, notamment en cas de signes d'appel, après discussion en RCP.

Une symptomatologie douloureuse doit faire pratiquer une échographie rénale à la recherche d'une dilatation urétérale, en particulier après association radiochirurgicale et y compris à distance du traitement initial.

La trachélectomie permet de préserver la fertilité. Une grossesse après trachélectomie élargie est possible, mais à haut risque (fausses couches, prématurité). La césarienne sera impérative en raison du cerclage isthmique associé à la trachélectomie.

1.2.5. Cancer du poumon

En France, l'incidence du cancer broncho-pulmonaire est estimée, en 2011, à 39 500 nouveaux cas dont 70 % survenant chez l'homme. Il représente chaque année près de 11 % de l'ensemble des nouveaux cancers. C'est le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme et le troisième chez la femme. Entre 2000 et 2005, alors que son incidence était en baisse de 0,5 % chez l'homme (liée à une diminution de la consommation tabagique), elle a continué d'augmenter chez la femme (+ 5,8 % sur cette même période, et triplement pendant ces 20 dernières années). L'âge moyen au diagnostic est estimé à 65 ans chez l'homme et à 64 ans chez la femme. Avec une survie à 5 ans de l'ordre de 15 %, le cancer broncho-pulmonaire est un cancer de mauvais pronostic. Environ 70 à 80 % des cancers

sont diagnostiqués à des stades avancés. Il représente la première cause de décès (toutes causes confondues) chez l'homme entre 45 et 64 ans en France. En 2011, plus de 29 000 décès lui sont imputables, ce qui représente près de 20 % des décès par cancer. Ces 20 dernières années, le taux de mortalité par cancer broncho-pulmonaire a diminué chez l'homme (-11 %) et a augmenté chez la femme (+ 115 %). C'est la deuxième cause de décès par cancer chez la femme.

Le suivi partagé du cancer broncho-pulmonaire en rémission complète, définit les actes et examens nécessaires à un suivi de qualité et s'applique aux patients qu'ils soient pris en charge dans le cadre de l'ALD, dans le dispositif post-ALD ou en dehors de ces dispositifs d'exonération, regroupe les objectifs suivants.

Détecter les récurrences locales ou à distance, organiser les soins de support nécessaires, veiller à la qualité de vie, détecter des effets indésirables tardifs liés au traitement, lutter contre le tabagisme et détecter précocement un second cancer, permettre un accompagnement social et une aide à la réinsertion professionnelle lorsque cela est pertinent.

En pratique le suivi est organisé par le(s) médecin(s) spécialiste(s) en lien avec le médecin traitant. Étant donné l'hétérogénéité des recommandations, le suivi proposé repose essentiellement sur des avis d'experts. Le suivi dépend du patient, du stade de la maladie au moment du traitement et de la prise en charge initiale. La durée du suivi d'un patient ayant eu un cancer broncho-pulmonaire est à vie.

Le suivi repose sur l'examen clinique et l'imagerie. La TEP-TDM et l'IRM cérébrale ne sont pas recommandées dans le suivi du cancer broncho-pulmonaire en rémission complète. En cas d'anomalie découverte sur le scanner thoracique de suivi, un bilan diagnostique similaire au bilan initial est réalisé.

Il faut systématiquement conseiller l'arrêt du tabac aux patients fumeurs et mettre à

leur disposition les aides possibles pour obtenir un sevrage définitif. La persistance du tabagisme majore le risque de survenue de second cancer, les complications des traitements et les interactions médicamenteuses. Elle entraîne une diminution de la qualité de vie, de l'efficacité des traitements et de la survie.

Le suivi doit comprendre un temps d'échange avec le patient pour l'accompagner en fonction de ses besoins dans l'après-cancer.

1.3. Les données de ce suivi en pratique

Si le suivi de patients atteints par l'une des tumeurs citées précédemment est assez précisément décrit par les recommandations de l'HAS en terme de durée et de contenu, les indications concernant la répartition des rôles entre le médecin traitant et l'équipe hospitalière reste volontairement assez imprécise. Qui du médecin généraliste ou du spécialiste doit assurer les consultations, prescrire l'imagerie de surveillance ? Et s'il doit y avoir un partage des rôles, à quelle fréquence ?

Seules les recommandations concernant le suivi des cancers de prostate indiquent clairement de procéder aux premiers rendez-vous post-thérapeutiques chez l'oncologue puis le suivi au long cours chez le spécialiste en soins primaires. Les autres protocoles suggèrent une répartition de ces consultations de suivi au cas par cas, à l'appréciation du patient et des équipes.

Ce qui se produit en pratique : après revue de la littérature existante, par l'exploration systématique des ressources bibliographiques disponibles sur les moteurs de recherche de l'Institut National du Cancer, de la Haute Autorité de Santé, du Classement et Index des Sites Médicaux Francophones, de la Bibliothèque de Santé, de l'Institut de Veille Sanitaire,

du Haut Conseil de Santé Publique ; il ressort qu'aucune étude ne fournit d'information concernant la fréquentation du cabinet du médecin traitant par le patient cancéreux nouvellement diagnostiqué, pendant la phase active de traitement. Il n'existe donc pas en France, de donnée chiffrée permettant d'apprécier la fréquence des rencontres et donc en quelque sorte l'implication du médecin traitant dans la prise en charge de son patient avant et après le diagnostic de pathologie cancéreuse.

Aucune enquête d'opinion ou d'enquête qualitative n'a été retrouvée pour étayer ce sentiment néanmoins globalement présent chez des médecins traitants interrogés de façon informelle : sentiment que le patient nouvellement diagnostiqué, littéralement « happé » par la prise en charge oncologique, est absent du cabinet du médecin traitant pendant la durée de sa phase de traitement actif. La question de recherche de ce travail découle donc d'un « on dit » répandu en soins de premier recours : le médecin traitant ne prend pas part au suivi du patient cancéreux nouvellement diagnostiqué.

S'il existe des recommandations claires concernant la forme et la fréquence de ce suivi pour les principales localisations néoplasiques auxquelles nous nous intéresserons (sein, col utérin, poumon, prostate, colon, rectum), à ce jour, aucune étude quantitative n'a cherché à mettre en évidence de modification dans la fréquence des rencontres médecin traitant/patient en cours de prise en charge oncologique.

Notre hypothèse de recherche est qu'il existe en France une diminution de la fréquence des consultations en médecine générale après le diagnostic de cancer.

1.4. Les pratiques de suivi à l'étranger, exemple du Danemark

L'étude danoise menée par Karina Garnier Christensen sur plus de 127 000 patients âgés de 40 ans et plus ayant été associés à un diagnostic de cancer entre 2001 et 2006, sur

l'exploitation du Danish Cancer Registry, s'est attachée à décrire l'utilisation du système de santé en soins primaires dans la période péri-diagnostique des cancers.

Un recueil des actes de soin a été mené sur une période de deux ans, soit un an et un an après le diagnostic, décrivant de façon distincte pour les hommes et les femmes, les consultations de médecine générale, les consultations hospitalières et les explorations complémentaires.

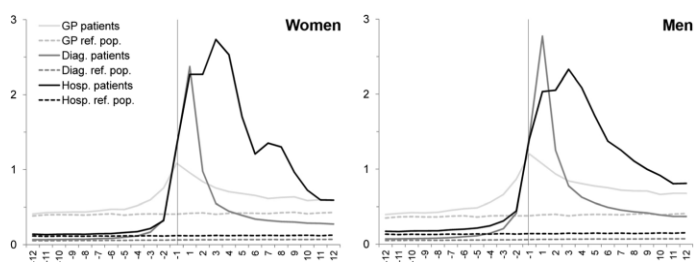


Figure 1 Incidence rates of health services received per month by cancer patients and reference population. Cancer patients ($n = 63,362$ women and $63,848$ men). Reference population ($n = 633,620$ women and $638,480$ men). Incidence rates were adjusted for time at risk. Vertical line indicates date of diagnosis. GP: General Practitioner; Diag.: Diagnostic investigations; Hosp.: Hospital contacts.

Les résultats montraient qu'à partir de la période de trois mois avant le diagnostic, les patients augmentaient leur consommation de soin dans les trois catégories étudiées. Plus précisément dans le domaine qui nous intéressait particulièrement, les patients inclus multipliaient par deux leur consommation d'actes en soins primaires dans les trois mois qui précédaient le diagnostic, puis ce taux se maintenait en plateau jusqu'à la fin de la période

étudiée, un an après le diagnostic, à un taux correspondant à une fois et demie le taux de référence.

Ce travail montrait donc des résultats au Danemark, contraires à notre hypothèse de recherche, à savoir une diminution du suivi en médecine générale à la suite du diagnostic en France, selon le ressenti global des médecins interrogés, en soins de premier recours.

1.5. Objectif

Ce travail de thèse se donne pour objectif de comparer la fréquence des consultations avant et après le diagnostic de cancer à partir de la base de données de l'Observatoire de la Médecine générale (OMG).

2. Matériel et méthode

2.1. Analyse bibliographique

2.1.1. Moteurs de recherche bibliographiques utilisés et bases de données

L'essentiel des ressources fournies par les moteurs de recherche suivants ont été consultés : l'Institut National du Cancer, de la Haute Autorité de Santé, du Classement et Index des Sites Médicaux Francophones, de la Bibliothèque de Santé, de l'Institut de Veille Sanitaire, du Haut Conseil de Santé Publique.

2.1.2. Mots clés utilisés

Les termes MeSH qui ont été introduits dans la plupart des équations de recherche sont les suivants : « cancer », « tumeurs », « soins primaires », « médecine générale », « suivi ambulatoire », « neoplasms », « general practice », « primary health care ».

Parmi plus de 450 articles obtenus au total des différentes équations de recherche, 33 ont été considérés comme pertinents et en rapport avec le sujet.

2.2. Population générale de l'étude

Le recueil de données a été effectué via l'utilisation de la base de données DIOGENE développée par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) [Tableau II].

Nous avons réalisé une analyse descriptive rétrospective à partir d'une population de patients suivis par un réseau informatisé de médecins généralistes entre 2001 et 2011 [Tableau II].

2.2.1. Sélection des patients

Nous avons sélectionné sur la période tous les patients qui ont eu pour la première fois le diagnostic CANCER [Tableau III] au cours de leur suivi par le médecin traitant, soit 5829 patients.

Parmi eux, l'âge était inconnu pour 31 patients et 1038 patients n'avaient pas de localisation du cancer précisée dans la définition. Au total nous avons pu sélectionner 4760 patients dont 49% de femmes (n=2353) et 51% d'hommes (n=2407).

Extraction patients	Total Résultats de consultation	Total actes	Total patients
Total Patients avec cancer	2884	2956	5840
Patients cancéreux avec âge et localisation	2353	2407	4760

2.2.2. Variables patients

Les variables quantitatives et/ou qualitatives pour les patients étaient les suivantes :

- Patients:
 - sexe : H/F
 - âge par classe de 10 ans
- Nombre de consultations sur la période
- Nombre de consultations :
 - entre 12 et 6 mois, 6 et 3 mois et 3 mois et le diagnostic de cancer,
 - puis du diagnostic à 3 mois, de 3 mois à 6 mois et de 6 à 12 mois

- Dans la définition CANCER nous avons relevé la présence ou absence des items suivants (deux modalités : 0 ou 1) :
 - Digestif
 - Génital masculin= prostate
 - Génital féminin= col utérus
 - Hématologie
 - Dermatologie
 - Respiratoire
 - Sein
 - Autres
- Statut métastatique : deux modalités 0 ou 1
- Histologie présente : deux modalités 0 ou 1

2.3. Analyse statistique

Pour cette analyse descriptive les résultats sont présentés sous forme de moyenne pour les variables quantitatives. L'indice de dispersion utilisé est l'écart type (+/-ET). Les variables qualitatives sont représentées sous forme de pourcentage.

Les tests de comparaisons entre les groupes indépendants de patients ont été réalisés par le test de χ^2 pour les variables qualitatives, et le test de Student pour les variables quantitatives.

3. Résultats

3.1. Description générale de la population étudiée

3.1.1. Répartition par classes d'âge et sexe

Les plus de 40 ans représentent comme attendu 96% des patients cancéreux ; la classe d'âge des 50-79 ans représentant les 2/3 de l'ensemble des patients.

Patients	N Femmes	% Femmes	N Hommes	% Hommes	Nombre total	% Total	
00-01	1	0%	0	0%	1	0%	
02-09	5	0%	2	0%	7	0%	
10-19	10	0%	13	0%	23	0%	
20-29	17	0%	16	0%	33	1%	
30-39	88	2%	34	1%	122	3%	
40-49	289	6%	129	3%	418	9%	
50-59	469	10%	404	8%	873	18%	
60-69	526	11%	587	12%	1113	23%	
70-79	506	11%	699	15%	1205	25%	
80-89	364	8%	452	9%	816	17%	
90 et +	78	2%	71	1%	149	3%	
Total général	2353	49%	2407	51%	4760	100%	

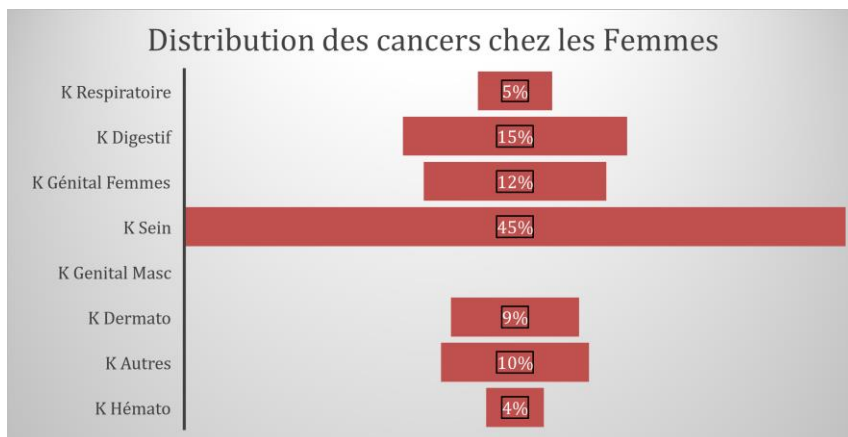
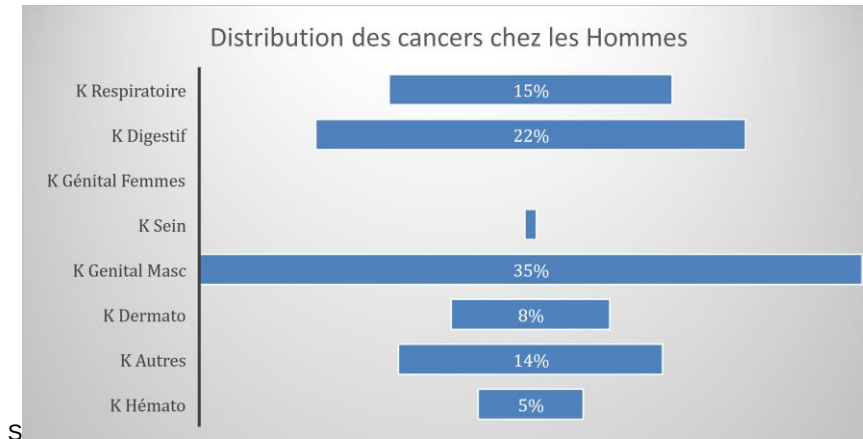
3.1.2. Répartition par classes d'âge et sexe et localisation du cancer

Le tableau ci-dessous montre de manière statistiquement significative que les hommes font plus de cancer respiratoires (p-value : 2.13E-31) et digestifs (p-value : 2.64E-

11), hématologiques (p-value : 0.0084) et K autres (p-value : 3.08E-5) que les femmes, alors qu'il n'existe pas de différence pour les cancers dermatologiques.

CANCER	N Femmes	% Femmes	N Hommes	% Hommes	Nb total	% Total
K Respiratoire	127	25%	391	75%	518	10%
K Digestif	383	39%	594	61%	977	19%
K Génitaux Fém	312	100%	0	0%	312	6%
K Sein	1129	99%	16	1%	1145	22%
K Génitaux Masc	0	0%	916	100%	916	18%
K Dermato	219	50%	219	50%	438	8%
K Autres	253	41%	365	59%	618	12%
K Hémato	99	41%	145	59%	244	5%
Total	2522	49%	2646	51%	5168	100%

La part relative de chaque type de cancer est équivalente chez les hommes et les femmes pour les cancers dermatologiques, hématologiques, autres et reste très différente pour les cancers respiratoires et digestifs.



La part d'individus avec un statut métastatique positif était de 14% (n=794) dont 47% de femmes (n=372) et 53% d'hommes (n=422).

La part des individus sans histologie spécifiée était de 13% (n=784), dont 12% de femmes (n= 339) et 15% d'hommes (n=445)

3.2. Description de la population par type de cancer

Pour des raisons pratiques, les localisations tumorales avaient préalablement été réparties en huit catégories : « cancers digestifs », « respiratoires », « génitaux féminins », « génitaux masculins », « sein », « hémopathies », et les organes les moins fréquemment touchés, regroupés dans « autres localisations ».

3.2.1. Cancers digestifs

La catégorie « cancers digestifs » comptait 37% de la population de l'étude (n=977) avec 39% de femmes (n=383) et 61% d'hommes (n=594). La tranche d'âge la plus représentée dans cette catégorie était les 70-79 ans avec 29% des individus (n=579).

Parmi les 978 individus étudiés, 26% (n=258) présentaient un statut métastatique positif, tous sexes confondus, avec 11% de femmes (n=104) et 16% d'hommes (n=154). Aucune différence significative n'a été mise en avant entre les deux genres (p-value=0,671).

[\[Annexes – Tableau iv\]](#)

3.2.2. Cancers hématologiques

La catégorie « hémopathies » comptait 9% de la population de l'étude (n=244) avec 41% de femmes (n=99) et 59% d'hommes (n=145). La tranche d'âge la plus représentée dans cette catégorie était également les 70-79 ans avec 25% des individus (n=62).

Parmi les 244 individus étudiés, 7% (n=16) présentaient un statut métastatique positif, tous sexes confondus, avec 4% de femmes (n=9) et 3% d'hommes (n=7). [\[Annexes](#)

[– Tableau V\]](#)

3.2.3. Cancers dermatologiques

La catégorie « cancers dermatologiques » comptait 17% de la population de l'étude (n=438) avec précisément 50% de femmes (n=219) et 50% d'hommes (n=219). Les deux tranches d'âge les plus représentées dans cette catégorie étaient les 70-79 ans et les 80-89 ans avec respectivement 28% des individus (n=121) et 26% (n=114).

Parmi les 439 individus étudiés, 7% (n=29) présentaient un statut métastatique positif, tous sexes confondus, avec 3% de femmes (n=13) et 4% d'hommes (n=16).

[\[Annexes – Tableau VI\]](#)

3.2.4. Cancers du sein

La catégorie « cancers du sein » comptait 46% de la population de l'étude (n=1145) avec 99% de femmes (n=1129) et 1% d'hommes (n=16). Les deux tranches d'âge les plus représentées dans cette catégorie étaient les 50-59 ans et les 60-69 ans avec respectivement 23% des individus (n=263) et 25% (n=290).

Parmi les 1145 cas étudiés, 14% (n=157) présentaient un statut métastatique positif, tous sexes confondus, avec 13% de femmes (n=154) et 0,26% d'hommes (n=3). [\[Annexes – Tableau VII\]](#)

3.2.5. Cancers autres

La catégorie « autres localisations » comptait 24% de la population de l'étude (n=618) avec 41% de femmes (n=253) et 59% d'hommes (n=365). Les trois tranches d'âge

les plus représentées dans cette catégorie étaient les 50-59 ans, les 60-69 ans et les 70-79 ans, avec respectivement 22% (n=135), 23% (n=145) et 22% (n=133) des individus.

En ce qui concerne les autres localisations cancéreuses, parmi les 619 individus étudiés, 17% (n=108) présentaient un statut métastatique positif, tous sexes confondus, avec 6% de femmes (n=39) et 11% d'hommes (n=69). Aucune différence significative n'a été mise en avant entre les deux genres (p-value=0,261). [\[Annexes – Tableau VII\]](#)

3.2.6. Cancers génitaux

La catégorie « cancers génitaux » comptait 47% de la population de l'étude (n=1228) avec 25% de femmes (n=312) et 75% d'hommes (n=916).

Pour les cancers génitaux féminins, la majorité des cas était répartie de façon homogène sur cinq tranches d'âge dès 40-49 ans avec 14% des individus (n=45), puis 50-59 ans avec 20% (n=62), 60-69 ans avec 22% (n=68), 70-79 ans avec 22% (n=70) et 80-89 ans avec 13% (n=39).

Pour les cancers génitaux masculins, les quatre classes d'âge principalement représentées étaient les 50-59 ans avec 9% des individus (n=79), les 60-69 ans avec 25% (n=232), les 70-79 ans avec 34% (n=311), et les 80-89 ans avec 25% (n=228).

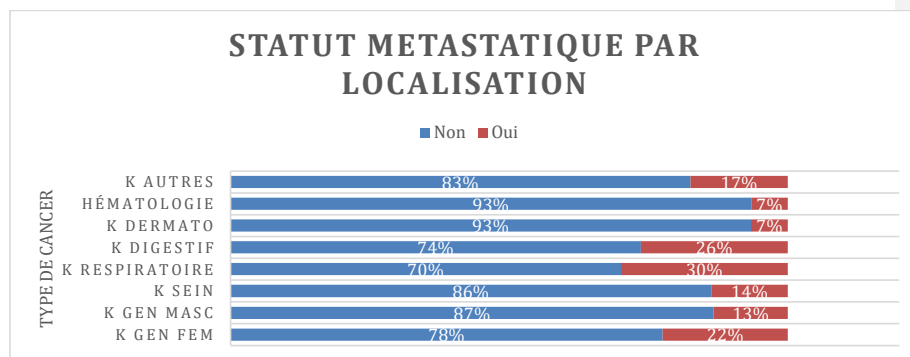
Pour les cancers génitaux féminins, parmi les 312 cas recensés, 78% étaient indemnes de métastases (n=242). Pour les cancers génitaux masculins, sur les 917 individus, 87% (n=795) ne présentaient pas de métastases. Une différence significative avec p-value=0,001 a été mise en évidence entre les deux sexes. Les cancers génitaux féminins étant plus fréquemment associés à un statut métastatique positif. [\[Annexes – Tableau IX\]](#)

3.2.7. Cancers respiratoires

Enfin la catégorie « cancers respiratoires » regroupait 20% de la population étudiée (n=518) avec 24,5% de femmes (n=127), et 75,5% d'hommes (n=391). Les trois classes d'âge les plus représentées étaient les 50-59 ans avec 26% des individus (n=137), les 60-69 ans avec 24% (n=126) et les 70-79 ans avec 27% des individus (n=139). La question d'une incidence du genre sur la répartition des cas de cancers respiratoires s'est posée sans que la comparaison de pourcentages par test CHI2 ne révèle de différence significative.

Parmi les 520 individus étudiés, 30% (n=155) présentaient un statut métastatique positif, tous sexes confondus, avec 8% de femmes (n=41) et 22% d'hommes (n=114). Aucune différence significative n'a été mise en avant entre les deux genres (p-value=0,504).

[\[Annexes – Tableau X\]](#)



3.3. Suivi des patients en fonction de leur statut

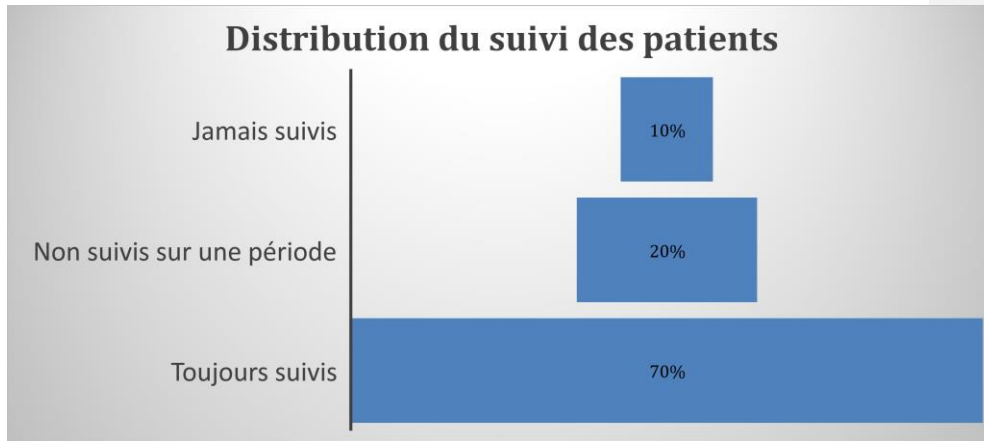
Concernant l'interprétation des résultats du suivi, les 4760 patients étaient répartis en catégories distinctes. La catégorie intitulée « non suivis » regroupait les patients non vus en

consultation pendant les douze mois qui précédaient l'annonce du diagnostic, ni pendant les douze mois qui suivaient cette annonce. Ces patients représentaient 10 % (n = 472) de la population.

A l'opposée, la catégorie « toujours suivis » regroupait les patients vus en consultation à la fois pendant la période précédant le diagnostic et lui succédant. Ces patients représentaient 70 % (n = 3326) de la population étudiée.

Enfin était individualisée la catégorie des patients « non suivis pendant une période » subdivisée en deux sous-catégories : « non suivis avant » pour les patients non vus en consultation dans les douze mois avant le diagnostic et « non suivis après » pour les patients non vus en consultation dans les douze mois suivant le diagnostic. Le total des patients non suivis pendant une période représentait 20 % du total de la population étudiée (n = 962) subdivisée en 71 % (n = 683) de « non suivis avant » et 29 % (n = 279) de « non suivis après ».

Patients N=4760	12-0	0+12	Total	%
Jamais suivis	472		472	10%
Non suivis sur une période	683	279	962	20%
Toujours suivis	3326		3326	70%
			4760	100%



3.3.1. Incidence du genre sur le suivi

Parmi les patients « non suivis » ($n = 472$), les résultats montraient une plus forte proportion de femmes non suivies qu'attendu (n théorique = 231.65), avec un p à limite de la significativité (p -value = 0.045).

	F	H	Total
NON SUIVIS	252	220	472
SUIVIS	1612	1714	3326
Total	1864	1934	3798

En revanche, dans la catégorie des patients « non suivis pendant une période » on n'observait pas de différence statistiquement significative entre les hommes et femmes.

Pour le groupe « non suivi avant » (p -value = 0,186).

	F	H	Total
NON SUIVIS AVANT	350	333	683
SUIVIS	1612	1714	3326
Total	1962	2047	4009

Pour le groupe « non suivis après » (p-value = 0,664).

	F	H	Total
NON SUIVIS APRES	139	140	279
SUIVIS	1612	1714	3326
Total	1751	1854	3605

Au total le genre ne joue pas de rôle pour les patients partiellement suivis ; dans notre échantillon les femmes seraient surreprésentées chez les non suivis pendant les 24 mois entourant le diagnostic de cancer.

3.3.2. Incidence de l'âge sur le suivi

En ce qui concerne la répartition du suivi des patients détaillée par classe d'âge, les résultats montraient que parmi les 472 « non suivis », la classe d'âge des 40-49 ans était sur représentée (p-value : 1.563E-6) [[Annexes – Tableau XI](#)].

CLASSES D'ÂGE	NON SUIVIS	SUIVIS	Total
00-29	8	34	42
30-39	12	74	86
40-49	69	247	316
50-59	99	585	684
60-69	100	794	894
70-79	110	884	994
80-89	62	599	661
90 et +	12	109	121
Total	472	3326	3798

Dans le groupe des « non suivis pendant une période », parmi les patients « non suivis avant » le diagnostic, les 30-49 ans était surreprésentés (p-value : 0.0011). [Annexes - Tableau XII]

CLASSES D'ÂGE	NON SUIVIS AVANT	SUIVIS	Total
00-29	13	34	47
30-39	25	74	99
40-49	76	247	323
50-59	127	585	712
60-69	158	794	952
70-79	151	884	1035
80-89	111	599	710
90 et +	22	109	131
Total	683	3326	4009

Dans le groupe des « non suivis après », on constatait que les 00-39 ans étaient sur représentées (p-value : 0.0019). [Annexes – Tableau XIII]

CLASSES D'ÂGE	NON SUIVIS APRES	SUIVIS	Total
00-29	9	34	43
30-39	11	74	85
40-49	26	247	273
50-59	62	585	647
60-69	61	794	855
70-79	60	884	944
80-89	44	599	643
90 et +	6	109	115
Total	279	3326	3605

Au total ce sont les moins de 50 ans qui sont non suivis, soit intégralement, soit partiellement.

3.3.3. Incidence du statut métastatique sur le suivi

Parmi les 4760 patients dont le statut métastatique était connu dans la population étudiée, les 794 individus qui présentaient des métastases. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les patients suivis et non suivis intégralement au cours des 24 mois (p-value = 0.847).

Métastases	NON	OUI	Total général
SUIVIS	2793	533	3326
NON SUIVIS	398	74	472
Total	3191	607	3798

De même pour ceux qui était « non suivis avant » (p-value : 0.066)

Métastases	NON	OUI	Total général
SUIVIS	2793	533	3326
NON SUIVIS AVANT	554	129	683
Total	3347	662	4009

Par contre on observe une différence statistiquement significative pour les « non suivis après », les patients métastatiques étant sur représentés (p-value = 0.039) ; [Annexes – Tableau XIV]

Métastases	NON	OUI	Total général
SUIVIS	2793	533	3326
NON SUIVIS APRES	221	58	279
Total	3014	591	3605

Au total le statut métastatique ne joue pas de rôle sauf pour les patients non suivis après le diagnostic.

3.3.4. Incidence de la localisation cancéreuse sur le suivi

Parmi les huit principales localisations tumorales étudiées, à savoir cancers respiratoires, digestifs, génitaux féminins, génitaux masculins, hématologiques, du sein, dermatologiques et autres, les résultats montraient une sur représentation des « non suivis » dans les cancers hématologiques, respiratoires et du sein (p-value = 0,0008). [Annexes – Tableau XV]

CANCER	NON SUIVIS	SUIVIS	Total
K Respiratoire	68	450	518
K Digestif	91	886	977
K Génitaux Fém	31	305	336
K Sein	130	1015	1145
K Genitaux Masc	73	866	939
K Dermato	28	410	438
K Autres	48	570	618
K Hémato	30	214	244
Total	499	4716	5215

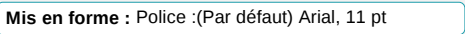
Parmi les « non suivis avant », deux valeurs principales ressortaient avec une différence significative (p-value=0,007). On mettait en avant une sur représentation des individus dans la catégorie « non-suivis avant » pour les cancers du sein. Ainsi qu'une sous-représentation de cette catégorie pour les cancers dermatologiques. [Annexes- Tableau XVI]

CANCER	NON SUIVIS AVANT	SUIVIS	Total
K Respiratoire	75	450	525
K Digestif	142	886	1028
K Génitaux Fém	49	305	354
K Sein	191	1015	1206
K Génitaux Masc	138	866	1004
K Dermato	35	410	445
K Autres	80	570	650
K Hémato	40	214	254
Total	750	4716	5466

Parmi les « non suivis après », il n'était pas noté de différence statistiquement significative selon la localisation tumorale (p-value=0,477).

CANCER	NON SUIVIS APRES	SUIVIS	Total
K Respiratoire	32	450	482
K Digestif	63	886	949
K Génital Féminins	23	305	328
K Sein	54	1015	1069
K Génitaux Masculins	45	866	911
K Dermato	23	410	433
K Autres	36	570	606
K Hémato	9	214	223
Total	285	4716	5001

La figure ci-dessous montre la moyenne des actes tous cancers confondus. [Annexes – Tableau XVIII]



Moyenne des actes tous les 3 mois pour cancer
12 mois avant et après le diagnostic

Moyenne des actes sur 3 mois

Tranches de 3 mois

NA -12 -9 NA -9 -6 NA -6 -3 NA -3 0 NA 0 +3 NA +3 +6 NA +6 +9 NA +9 +12

— K Digestif — K Génital féminin — K Génital masculin — K Hématologique
— K Dermatologique — K Respiratoire — K sein — K Autres

4. Discussion

4.1. Réponse à la question de recherche

Nous avons montré par une étude quantitative pour la première fois en France , que l'idée particulièrement répandue en médecine de premier recours concernant la diminution du suivi du patient cancéreux en médecine de ville à la suite de son diagnostic, au profit de la fréquentation de l'hôpital, n'est pas avérée. Ce que suggérait l'étude qualitative de Demagny et al en 2009.

En effet, à l'instar de l'étude danoise menée par l'équipe de Karina Garnier Christensen, il est mis en évidence que la fréquentation du cabinet du médecin traitant par le patient cancéreux augmente avant et après le diagnostic de cancer et la moyenne du nombre d'actes pendant le reste de l'année suivant le diagnostic est néanmoins significativement supérieure à celle de l'année qui précédait le diagnostic.

Ces résultats sont identiques quel que soit le type de cancer.

Ces résultats suggèrent que le médecin traitant est non seulement impliqué pour la phase diagnostic, avec une répétition d'actes pour examens complémentaires devant des symptômes persistants mais aussi dans les trois mois qui suivent le diagnostic, soit pour gérer des effets indésirables des traitements oncologiques, soit pour gérer les traitements chroniques habituels.

Notre étude nous a permis d'analyser en détail quelques caractéristiques du suivi des patients.

Dans notre échantillon les femmes sont sur représentées chez les « non suivis » avant le diagnostic de cancer, la différence statistique étant limite. Pour les non suivis après ou les non suivis tout au long de la période le genre ne semble pas intervenir.

L'âge jeune (avant 50 ans) est un marqueur plus important de non suivi. On peut faire l'hypothèse d'une part d'une plus grande agressivité possible du cancer et d'autre part de

l'impact social (il s'agit de patients en activité professionnelle) et psychologique (il peut être plus rassurant pour ces patients d'être en lien exclusif avec l'oncologue).

La localisation du cancer est aussi un marqueur de non suivi. Celui-ci est total pour les cancers hématologiques et respiratoires. On peut émettre deux hypothèses ; d'une part le suivi des cancers hématologique est très spécialisé et les cancers du poumon ont souvent une durée de survie courte. Pour les cancers du sein on met en évidence dans notre échantillon une sur représentation de « non suivis avant », ce qui est cohérent avec le résultat précédent sur la sur représentation du genre féminin dans cette catégorie et « non suivi » tout au long de la période. L'impact du suivi chez le gynécologue , plutôt que le médecin traitant peut expliquer ce résultat.

Il est également mis en évidence que les cancers dermatologiques sont particulièrement bien dépistés puisque le taux de suivi supérieur au taux attendu en phase prédiagnostique.

Il apparaît enfin que la présence de métastases diminue le taux de suivi après le diagnostic, ce qui est pourrait être expliqué par une évolution rapide du cancer, des hospitalisations répétées et par le passage au statut « palliatif » de la prise en charge.

4.2. Limite de notre travail

Les chiffres obtenus semblent correspondre aux données diffusées par l'Institut National de Veille Sanitaire, en particulier en ce qui concerne l'incidence des cancers colorectaux et respiratoires par exemple. La proportion des nouveaux cas entre les localisations étudiées a pu être biaisée par le fait que la base de donnée ne regroupe que les chiffres ambulatoires.

Les résultats de la question de recherche principale n'ont pas pu être comparés à la littérature puisqu'il avait été expliqué précédemment qu'aucun chiffre sur le sujet n'était actuellement disponible en France en ambulatoire. Ceci limite la validité externe de l'étude.

Supprimé:

Le grand nombre de sujets et la période d'inclusion de ce travail assure une bonne validité interne et la fiabilité des résultats obtenus. Il peut donc assurer une base solide pour convaincre le praticien de son implication dans le suivi du patient cancéreux, augmenter cette implication, et inciter à une meilleure communication avec les équipes oncologiques, ceci au bénéfice des patients.

4.3. Intérêt de notre travail

La question de base de ce travail reste toutefois primordiale dans les soins de premier recours car il met en évidence un élément paradoxal. En effet, Certains oncologues admettent une réticence à partager ce suivi avec le médecin traitant de leur patient, et en contrepartie ne semblent pas toujours prêts à employer du temps à communiquer leurs avancées à ce même médecin traitant. Le médecin traitant est parfois lui aussi à l'origine d'un frein relationnel entre lui et l'oncologue, principalement sur des arguments matériels, par manque de temps et de support matériel adapté. Enfin, dans certaines situations, cette réticence provient directement du patient lui-même qui hésite à confier à son médecin traitant le suivi de son cancer.

Or le médecin traitant notre étude montre, comme l'étude Danoise, que le médecin traitant est toujours présent dans le suivi de son patient au cours des traitements oncologiques !

Le problème qui reste entier est le suivi du patient consistant en une alternance de consultations de contenu semblable chez l'oncologue et chez le médecin traitant, dont les objectifs ont été détaillés dans la partie précédente. Les recommandations françaises s'accordent sur le fait que le maintien d'un suivi par le médecin traitant associé à la prise en charge par une équipe oncologique hospitalière est nécessaire ; sans pour autant préciser de fréquence à ces rencontres. Or en pratique certaines limites apparaissent dans le « partage » du suivi oncologique entre spécialiste et généraliste avec trois principaux freins

évoqués dans les résultats des expérimentations sur le parcours de soin personnalisés publié par l'INCa.

Il existe aussi une interférence avec d'autres spécialités médicales comme la gynécologie, et par ailleurs, on ne définit aucun cadre concernant la poursuite des consultations de suivi habituel. Dans l'exemple du cancer du col de l'utérus, qui survient préférentiellement chez la femme jeune, le suivi d'éventuelles comorbidités associées n'est pas primordial car celles ci sont peu fréquentes.

A l'opposée, la classe d'âge concernée par les cancers colorectaux correspond également à la population touchée par les comorbidités cardio-vasculaires, demandeuse, d'un suivi régulier en matière d'HTA, diabète etc. La poursuite d'un suivi par le médecin traitant est d'autant plus nécessaire pour ces patients.

5. Conclusion

Pour la première fois, une comparaison du suivi en médecine de premier recours avant et après diagnostic de cancer, a été réalisée en France. Nos résultats concordent avec une étude Danoise menée de façon similaire avant nos travaux. Ils nous permettent d'infirmier la théorie répandue selon laquelle le patient est perdu de vue par son médecin traitant à la suite du diagnostic.

Si notre étude invalide ce sentiment de « désertion » du cabinet médical après le diagnostic, elle pose donc de manière encore plus aigüe le problème de la coordination et du suivi des soins entre oncologues et médecins traitants.

Ce travail a été réalisé préalablement à une thèse de science sur le suivi du cancer en médecine générale en ambulatoire en France qui aura pour but d'approfondir ces questions.

ANNEXES

Tableau I : Programme de suivi post-thérapeutique en dehors des patients à risque élevé ou très élevé

Examens	Rythme
45 Examen clinique	Tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
46 ACE (optionnel)	Tous les 3 mois les 3 premières années avec bilan en cas d'élévation
Coloscopie	1- Si coloscopie initiale incomplète ou de mauvaise qualité ou non réalisée en préopératoire : à refaire dans les 6 mois postopératoires 2- Après la chirurgie : contrôle à 2 ou 3 ans puis tous les 5 ans, si normale 3- Le rythme dépendra de la présence ou non d'adénomes. La coloscopie doit être poursuivie jusqu'à un âge raisonnable dont l'appréciation sera faite par le praticien.
Coloscopie virtuelle	En cas d'impossibilité de réaliser une coloscopie
Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne avec injection	La fréquence est à déterminer en fonction du stade et des facteurs de risque.
À défaut d'une TDM thoraco-abdomino-pelvienne avec injection	□□□□TDM sans injection complétée par
Échographie	En général, tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous abdominale les 6 mois pendant 2 ans
Radiographie Annuelle	pendant 5 ans pulmonaire
TEP-TDM du corps	En cas d'élévation de l'ACE et négativité ou ambiguïté du entier bilan par ailleurs

Tableau II : répartition des données par année

année	RC	Actes	Patient	RC Id diff	Investig
2001	583109	302726	105781	277	84
2002	634799	317904	112578	302	88
2003	661558	331653	117745	303	89
2004	656141	317614	112187	300	85
2005	633642	306644	108103	301	83
2006	563694	269125	89903	300	72
2007	595695	281020	93383	300	70
2008	571034	268140	90286	300	72
2009	501843	238182	83155	299	67
2010	454416	199190	69161	298	58

Tableau II : Définition du Dictionnaire des Résultats de Consultation pour CANCER

++++	AFFECTION MALIGNE DE TOUS TISSUS
++1	SANS CONFIRMATION HISTOLOGIQUE
++1	évolution clinique et biologique évocatrice
++2	imagerie évocatrice
++3	marqueur(s) tumoral(aux) perturbé(s)
++2	APRÈS CONFIRMATION HISTOLOGIQUE
++1	localisation
	+ prostate
	+ sein
	+ colon
	+ peau
	+ mélanome
	+ bronche, poumon
	+ voies aéro-digestives supérieures (VADS)
	+ utérus (col et corps)
	+ foie
	+ pancréas
	+ plèvre
	+ lymphome
	+ leucémi
	+ autre (à préciser en commentaire)
++2	métastases
	+ foie
	+ os
	+ poumon
	+ cerveau
	+ autre (à préciser en commentaire)
	+ – douleur
	+ – récurrence
	+ – asymptomatique
	Position(s) diagnostique(s)
	C : Sans preuve histologique mais avec au moins 2 des 3 proposés.
	D : Si on détient la preuve histologique.

CORRESPONDANCE CIM – 10

C80 : Tumeur maligne de siège non précisé (code par défaut)
C18.9 : Tumeur maligne du côlon, sans précision
C22.9 : Tumeur maligne du foie, sans précision
C25.9 : Tumeur maligne du pancréas, sans précision
C34.9 : Tumeur maligne des bronches et du poumon
C38.4 : Tumeur maligne de la plèvre
C43.9 : Mélanome malin de la peau, sans précision
C44.9 : Autres tumeurs malignes de la peau
C50.9 : Tumeur maligne du sein
C55 : Tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée
C61 : Tumeur maligne de la prostate, sans précision
C78.0 : Tumeur maligne secondaire du poumon
C78.7 : Tumeur maligne secondaire du foie
C79.3 : Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales
C79.5 : Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
C79.8 : Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés
C81.9 : Maladie de Hodgkin
C85.9 : Lymphome non hodgkinien, de type non précisé
C91.1 : Leucémie lymphoïde chronique
C91.9 : Leucémie lymphoïde, sans précision
C92.9 : Leucémie myéloïde

Tableau IV : Fréquence des cancers digestifs en fonction des classes d'âge

Classes d'âge	Nb F	% F	Nb H	% H	Total général	% total
02-09	<u>1</u>	<u>0%</u>	<u>1</u>	<u>0%</u>	<u>2</u>	<u>0%</u>
10-19	<u>1</u>	<u>0%</u>	<u>2</u>	<u>0%</u>	<u>3</u>	<u>0%</u>
20-29	<u>1</u>	<u>0%</u>	<u>0</u>	<u>0%</u>	<u>1</u>	<u>0%</u>
30-39	<u>4</u>	<u>0%</u>	<u>4</u>	<u>0%</u>	<u>8</u>	<u>1%</u>
40-49	<u>35</u>	<u>4%</u>	<u>30</u>	<u>3%</u>	<u>65</u>	<u>7%</u>
50-59	<u>48</u>	<u>5%</u>	<u>131</u>	<u>13%</u>	<u>179</u>	<u>18%</u>
60-69	<u>77</u>	<u>8%</u>	<u>144</u>	<u>15%</u>	<u>221</u>	<u>23%</u>
70-79	<u>107</u>	<u>11%</u>	<u>172</u>	<u>18%</u>	<u>279</u>	<u>29%</u>
80-89	<u>93</u>	<u>10%</u>	<u>92</u>	<u>9%</u>	<u>185</u>	<u>19%</u>
90 et +	<u>16</u>	<u>2%</u>	<u>18</u>	<u>2%</u>	<u>34</u>	<u>3%</u>
Total général	<u>383</u>	<u>39%</u>	<u>594</u>	<u>61%</u>	<u>977</u>	<u>100%</u>

Tableau V : Fréquence des cancers hématologiques par classes d'âge

Classes d'âge	Nb F	% F	Nb H	% H	Total général	% total
02-09	<u>1</u>	<u>0%</u>	<u>1</u>	<u>0%</u>	<u>2</u>	<u>1%</u>
10-19	<u>1</u>	<u>0%</u>	<u>4</u>	<u>2%</u>	<u>5</u>	<u>2%</u>
20-29	<u>2</u>	<u>1%</u>	<u>2</u>	<u>1%</u>	<u>4</u>	<u>2%</u>
30-39	<u>9</u>	<u>4%</u>	<u>4</u>	<u>2%</u>	<u>13</u>	<u>5%</u>
40-49	<u>8</u>	<u>3%</u>	<u>16</u>	<u>7%</u>	<u>24</u>	<u>10%</u>
50-59	<u>11</u>	<u>5%</u>	<u>23</u>	<u>9%</u>	<u>34</u>	<u>14%</u>
60-69	<u>16</u>	<u>7%</u>	<u>31</u>	<u>13%</u>	<u>47</u>	<u>19%</u>
70-79	<u>26</u>	<u>11%</u>	<u>36</u>	<u>15%</u>	<u>62</u>	<u>25%</u>
80-89	<u>21</u>	<u>9%</u>	<u>26</u>	<u>11%</u>	<u>47</u>	<u>19%</u>
90 et +	<u>4</u>	<u>2%</u>	<u>2</u>	<u>1%</u>	<u>6</u>	<u>2%</u>
Total général	<u>99</u>	<u>41%</u>	<u>145</u>	<u>59%</u>	<u>244</u>	<u>100%</u>

Tableau III : Fréquence des cancers dermatologiques par classes d'âge

Classes d'âge	Nb F	% F	Nb H	% H	Total général	% total
10-19	1	0%	-	0%	1	0%
20-29	2	0%	2	0%	4	1%
30-39	7	2%	5	1%	12	3%
40-49	15	3%	15	3%	30	7%
50-59	26	6%	25	6%	51	12%
60-69	32	7%	42	10%	74	17%
70-79	61	14%	60	14%	121	28%
80-89	59	13%	55	13%	114	26%
90 et +	16	4%	15	3%	31	7%
Total général	219	50%	219	50%	438	100%

Tableau IIII : Fréquence des cancers du sein par classes d'âge

Classes d'âge	Nb F	% F	Nb H	% H	Total général	% total
02-09	1	0%	0	0%	1	0%
10-19	1	0%	0	0%	1	0%
20-29	2	0%	0	0%	2	0%
30-39	38	3%	0	0%	38	3%
40-49	150	13%	0	0%	150	13%
50-59	260	23%	3	0%	263	23%
60-69	286	25%	4	0%	290	25%
70-79	225	20%	7	1%	232	20%
80-89	137	12%	2	0%	139	12%
90 et +	29	3%	0	0%	29	3%
Total général	1129	99%	16	1%	1145	100%

Tableau IV : fréquence des cancers "autres" par classes d'âge

Classes d'âge	Nb F	% F	Nb H	% H	Total général	% total
02-09	1	0%	-	0%	1	0%
10-19	3	0%	4	1%	7	1%
20-29	6	1%	7	1%	13	2%
30-39	14	2%	10	2%	24	4%
40-49	35	6%	22	4%	57	9%
50-59	53	9%	82	13%	135	22%
60-69	54	9%	91	15%	145	23%
70-79	47	8%	86	14%	133	22%
80-89	34	6%	56	9%	90	15%
90 et +	6	1%	7	1%	13	2%
Total général	253	41%	365	59%	618	100%

Tableau IX : fréquence des cancers génitaux féminins et masculins par classe d'âge

Classes d'âge	Nb F	% F
10-19	1	0%
20-29	2	1%
30-39	19	6%
40-49	45	14%
50-59	62	20%
60-69	68	22%
70-79	70	22%
80-89	39	13%
90 et +	6	2%
Total général	312	100%

Classes d'âge	Nb H	% H
10-19	3	0%
20-29	6	1%
30-39	9	1%
40-49	12	1%
50-59	79	9%
60-69	232	25%
70-79	311	34%
80-89	228	25%
90 et +	36	4%
Total général	916	100%

Tableau V : Fréquence des cancers respiratoires par classes d'âge

Classes d'âge	Nb F	% F	Nb H	% H	Total général	% total
10-19	0	0,00%	1	0,19%	1	0,19%
20-29	0	0,00%	1	0,19%	1	0,19%
30-39	1	0,19%	5	0,97%	6	1,16%
40-49	14	2,70%	43	8,30%	57	11,00%
50-59	39	7,53%	98	18,92%	137	26,45%
60-69	35	6,76%	91	17,57%	126	24,32%
70-79	26	5,02%	113	21,81%	139	26,83%
80-89	7	1,35%	37	7,14%	44	8,49%
90 et +	5	0,97%	2	0,39%	7	1,35%
Total général	127	24,52%	391	75,48%	518	100,00%

Tableau VII : résultats attendus pour les patients non suivis par classes d'âge

	Y1	Y2
X1	5.22	36.78
X2	10.688	75.312
X3	39.271	276.729
X4	85.005	598.995
X5	111.103	782.897
X6	123.53	870.47
X7	82.146	578.854
X8	15.037	105.963

Tableau VIII : résultats attendus pour les patients non suivis avant par classes d'âge

	Y1	Y2
X1	8.007	38.993
X2	16.866	82.134
X3	55.028	267.972
X4	121.301	590.699
X5	162.189	789.811
X6	176.33	858.67
X7	120.96	589.04
X8	22.318	108.682

Tableau VIII : résultats attendus pour les patients non suivis après, par classes d'âge

	Y1	Y2
X1	3.328	39.672
X2	6.578	78.422
X3	21.128	251.872
X4	50.073	596.927
X5	66.171	788.829
X6	73.059	870.941
X7	49.763	593.237
X8	8.9	106.1

Tableau XIV : résultats attendus pour les patients non suivi après en fonction du statut métastatique

	Y1	Y2
X1	2780.739	545.261
X2	233.261	45.739

Tableau XV : résultats attendus pour le suivi des patients en fonction des cancers

	Y1	Y2
X1	49.565	468.435
X2	93.485	883.515
X3	32.15	303.85
X4	109.56	1035.44
X5	89.849	849.151
X6	41.91	396.09
X7	59.134	558.866
X8	23.347	220.653

Tableau XVI : résultats attendus pour les patients non suivis avant en fonction du cancer

	Y1	Y2
X1	72.036	452.964
X2	141.054	886.946
X3	48.573	305.427
X4	165.477	1040.523
X5	137.761	866.239
X6	61.059	383.941
X7	89.188	560.812

X8	34.852	219.148
----	--------	---------

Tableau IXI : Moyenne des actes tous les 3 mois avant et après le diagnostic de cancer

Tous K	NA -12 -9	NA -9 -6	NA -6-3	NA -3 0	NA 0 +3	NA +3 +6	NA +6 +9	NA+9 +12
Moyenne	1,0025	1,0025	1,17	1,27	1,73	1,48	1,215	1,215
Ecart-type	1,155	1,155	1,44	1,6	1,98	1,77	1,37	1,37
Min	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	13	13	16	15	29	20	25	25

Tableau XI : Moyenne des actes par trois mois pour chaque cancer, avant et après le diagnostic

K Digestif	NA -12 -9	NA -9 -6	NA -6-3	NA -3 0	NA 0 +3	NA +3 +6	NA +6 +9	NA +9 +12
Moyenne	1,028781038	1,028781038	1,23476298	1,3972912	1,96952596	1,59367946	1,1721219	1,1721219
Ecart-type	1,165249314	1,165249314	1,52967977	1,63557843	2,29834006	2,1215131	1,42098169	1,42098169
Min	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	16	16	16	11	23	20	11	11

K Génital féminin	NA -12 -9	NA -9 -6	NA -6-3	NA -3 0	NA 0 +3	NA +3 +6	NA +6 +9	NA +9 +12
Moyenne	0,973498233	0,973498233	1,27561837	1,24028269	1,76678445	1,45229682	1,33922261	1,33922261
Ecart-type	1,050073591	1,050073591	1,53464325	1,54743693	1,90462314	1,65175355	1,5101946	1,5101946
Min	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	5	5	9	8	12	10	13	13

K Génital masculin	NA -12 -9	NA -9 -6	NA -6-3	NA -3 0	NA 0 +3	NA +3 +6	NA +6 +9	NA +9 +12
Moyenne	1,024691358	1,024691358	1,18518519	1,30269776	1,78372199	1,49702789	1,21742112	1,21742112
Ecart-type	1,162331091	1,162331091	1,44965821	1,6118012	2,02258629	1,79527535	1,29318255	1,29318255
Min	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	11	11	16	15	23	19	9	9

K Hématologie	NA -12 -9	NA -9 -6	NA -6-3	NA -3 0	NA 0 +3	NA +3 +6	NA +6 +9	NA +9 +12
Moyenne	1,03271028	1,03271028	1,3317757	1,49065421	1,96261682	1,61214953	1,34813084	1,34813084
Ecart-type	1,259118198	1,259118198	1,62550341	1,65969442	2,24410019	1,99392584	1,31634983	1,31634983
Min	0	0	0	0	0	0	0	0

Max	8	8	10	9	13	16	6	6
-----	---	---	----	---	----	----	---	---

K Dermatologique	NA -12 -9	NA -9 -6	NA -6-3	NA -3 0	NA 0 +3	NA +3 +6	NA +6 +9	NA +12 +9
Moyenne	1,237804878	1,237804878	1,29512195	1,27073171	1,7195122	1,48536585	1,25731707	1,25731707
Ecart-type	1,374474644	1,374474644	1,45777164	1,62671956	2,47166573	1,77956709	1,25338863	1,25338863
Min	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	13	13	13	15	29	18	9	9

K Respiratoire	NA -12 -9	NA -9 -6	NA -6-3	NA -3 0	NA 0 +3	NA +3 +6	NA +6 +9	NA +12 +9
Moyenne	1,091111111	1,091111111	1,33333333	1,80666667	2,26444444	1,76444444	1,21555556	1,21555556
Ecart-type	1,357092025	1,357092025	1,74737899	2,16342321	2,37277667	2,25242147	1,88773298	1,88773298
Min	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	11	11	16	14	16	19	25	25

K sein	NA -12 -9	NA -9 -6	NA -6-3	NA -3 0	NA 0 +3	NA +3 +6	NA +6 +9	NA +12 +9
Moyenne	0,908374384	0,908374384	1,05024631	1,02561576	1,48472906	1,48768473	1,24729064	1,24729064
Ecart-type	1,119675717	1,119675717	1,36905902	1,36938158	1,61260836	1,60159897	1,29547528	1,29547528
Min	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	11	11	11	9	13	12	13	

K Autres	NA -12 -9	NA -9 -6	NA -6-3	NA -3 0	NA 0 +3	NA +3 +6	NA +6 +9	NA +12 +9
Moyenne	0,986842105	0,986842105	1,16315789	1,40175439	1,93508772	1,51754386	1,30087719	1,30087719
Ecart-type	1,04642358	1,04642358	1,45326391	1,55991354	2,28519194	1,7402987	1,37467672	1,37467672
Min	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	6	6	13	10	29	12	9	9

BIBLIOGRAPHIE

1. AM. Bouvier. Évolution de l'incidence et de la mortalité : côlon-**rectum**.
2. Gaëtan Des Guetz, Elisabeth Carola. Cancer colorectal et sujets âgés : y a-t-il une **spécificité de prise en charge?** 2009;
3. Hans Wildiers. Cancer du sein chez la femme : diagnostic, prise en charge et suivi. 2013;
4. Thorbjørn H Mikkelsen. Cancer surviving patients' rehabilitation – **understanding failure through application of theoretical perspectives from Habermas**. 2008.
5. Eva Grunfeld. **Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial**. 1999 Sep;
6. HAS. **Conditions du développement de la chimiothérapie en Hospitalisation à Domicile : analyse économique et organisationnelle**. 2015 Jan;
7. Rikke Dalsted, Ann Dorrit Guassora & Thorkil Thorsen. **Danish general practitioners only play a minor role in the coordination of cancer treatment**. Danish Medical Bulletin. 2011 Jan;
8. INCa. **Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, côlon et prostate**. 2013 Juin;
9. SFMG. **Dictionnaire des résultats de consultation**. 2010.
10. INCa. **Étude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate**. 2013 Juin;
11. C. Exbrayat. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 : col de l'utérus.
12. P. Berceili. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 : poumon.
13. Lise Demagny. **General practitioners' role in cancer care : a French-Norwegian study**. 2011.
14. P. Grosclaude. **Incidence prostate**.
15. B. Trétarre. **Incidence sein**.
16. Aubin M, Giguère A, Martin M, Verreault R, Fitch MI, Kazanjian A, Carmichael PH. **Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer (Review)**. 2012.
17. HAS. **Le cancer colorectal : importance d'une prise en charge partagée**.

18. INCa. Les cancers en France en 2015, l'essentiel des faits et chiffres. 2015.
19. Ruth A Lewis, Richard D Neal, Maggie Hendry, Barbara France, Nefyn H Williams, Daphne Russell, Dyfrig A Hughes, Ian Russell, Nicholas SA Stuart, David Weller and Clare Wilkinson. Patients' and healthcare professionals' views of cancer follow-up: systematic review. 2009 Juillet;
20. Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications (1999-). Politique de suivi des femmes dans le cadre du PQDCS. [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 5]. Available from: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2303875>
21. Nathalie Leone. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique. 2015.
22. N Bossard, J Estève, L Remontet, M Colonna, P Grosclaude , M Velten, E Jougl, G Rey, A Belot, A Danzon, A Rogel, Z Uhry, G Dixsaut. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2009.
23. HAS. Protocole ALD cancer colo-rectal. 2012.
24. HAS. Protocole ALD cancer de la prostate. 2012.
25. HAS. Protocole ALD cancer du col de l'utérus. 2010.
26. HAS. Protocole ALD cancer du poumon. 2013.
27. HAS. Protocole ALD cancer du sein. 2010.
28. INCa. Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer, Synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes. 2012 Sep;
29. Carriene Roorda & Geertruida H. de Bock & Willem Jan van der Veen & Annemarie Lindeman & Liesbeth Jansen & Klaas van der Meer. Role of the general practitioner during the active breast cancer treatment phase: an analysis of health care use. 2011.
30. Michael Jefford. Tailored Chemotherapy Information Faxed to General Practitioners Improves Confidence in Managing Adverse Effects and Satisfaction With Shared Care : Results From a Randomized Controlled Trial. 2008 Mai;
31. Matthew Ridd, Alison Shaw and Chris Salisbury. "Two sides of the coin"—the value of personal continuity to GPs. Family Practice. 2006 avril;
32. Karina Garnier Christensen*, Morten Fenger-Grøn, Kaare Rud Flarup and Peter Vedsted. Use of general practice, diagnostic investigations and hospital services before and after cancer diagnosis - a population-based nationwide registry study of 127,000 incident adult cancer patients. 2012.
33. Tor Anvik. "When patients have cancer, they stop seeing me" – the role of the

general practitioner in early follow-up of patients with cancer – a qualitative study. 2006 Mar;

34. Annette Berendsen. WONCA Special Interest Group Cancer and Palliative Care. 2013.