



REPONSE A LA LETTRE DE MISSION DU PRESIDENT DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

**Programme d'appui à la recherche en
médecine générale en cancérologie –
CMG, CNGE, SPP-IR**

Janvier 2018

Table des matières

Table des matières	2
Liste des abréviations.....	3
Introduction	4
I. Le cancer	4
II. L'activité des médecins généralistes	5
III. Renforcement du rôle du médecin généraliste	7
Actions des Médecins généralistes	8
I. Prévention/dépistage	8
II. Parcours de soins.....	9
Enjeux.....	11
I. Prévention	11
II. Dépistage	11
III. Parcours de soins.....	12
IV. Equité des soins.....	13
Bénéfices attendus	13
Thématiques prometteuses.....	15
I. Prévention/dépistage	15
II. Parcours de soins.....	16
III. Optimisation du bon usage des traitements	17
Forces et faiblesses de la recherche en médecine générale en cancérologie	19
I. Forces.....	19
II. Faiblesses.....	21
Propositions	22
I. Développement des appels à projets (AAP).....	22
II. Formation.....	22
III. Structuration de la recherche et Equipes de recherche :	23
IV. Publication/valorisation.....	23
V. Autres propositions.....	24
Références	28

Liste des abréviations

AAP	Appels à Projets
ACP	Approche Centrée Patient
ALD	Affection de Longue Durée
ARC	Attaché de Recherche Clinique
CMG	Collège de la Médecine Générale
CMU-C	Couverture Maladie Universelle-Complémentaire
CNAMTs	Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRCI	Direction Recherche Innovation
EBM	Evidence Based Medicine
EGB	Echantillon Généralistes bénéficiaires
FUMG	Filière Universitaire de Médecine Générale
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST	loi Hôpital, patients, santé et territoires
INCa	Institut National du Cancer
INVS	institut National Veille Sanitaire
ISS	Inégalités Sociales en Santé
MG	médecin généraliste
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PARC	Programme Ambulatoire de Recherche Clinique
PPAC	Plan Personnalisé Après-Cancer
PPS	Plan Personnalisé de Soins
RCP	Réunion Concertation Pluriprofessionnelle
SHS	Sciences Humaines et Sociales
SNIIRAM	Système National d'Informations Inter Régimes de l'Assurance Maladie
SNDS	Système National des Données en Santé
SPP-IR	Soins Primaires Pluriprofessionnels - Innovation Recherche

Introduction

Le concept de « *primary care* » que nous traduisons en soins premiers, ou soins primaires, renvoie aux fonctions de premier recours, d'accessibilité, de continuité, de globalité, de permanence, et de coordination des soins en lien avec les soins spécialisés et les autres secteurs (social et médico-social) (1, 2). Les principaux acteurs des soins premiers regroupent les pharmaciens, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les psychologues, les auxiliaires médicaux, certaines spécialités médicales (psychiatres, gynécologues, ophtalmologues, biologistes, radiologues) dont les médecins généralistes (MG). Les soins premiers peuvent être organisés sur une base territoriale et populationnelle nécessitant une organisation et une collaboration interprofessionnelle. Il existe trois modèles types d'organisation des soins premiers en Europe, Canada, Australie et Nouvelle-Zélande qui se distinguent selon le degré de définition par la loi (normatif) et les missions et rôles particuliers assignés à certaines professions notamment les MG (professionnels) (3). Le modèle normatif hiérarchisé est celui organisé autour des soins premiers et régulé par l'Etat (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) ; le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le MG est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni) et le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins premiers identifiés et structurés au sein du système de santé laissé à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada). Plusieurs études ont montré que des soins premiers structurés contribuent notamment à améliorer l'état de santé de la population, à diminuer les coûts générés par des hospitalisations inutiles et à réduire les inégalités socio-économiques (1, 4-8). La recherche articulée avec l'enseignement est un des moyens pour obtenir et pour stimuler les changements de comportements des professionnels (9).

I. Le cancer

En 2015, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine était estimé à 385 000 et le nombre de décès par cancer à 149 500 (10). Les cancers les plus fréquents en termes d'incidence et de mortalité sont les cancers du côlon, sein, prostate et poumon (11). S'agissant des cancers de la peau, leur incidence n'est pas actuellement mesurée en France, mais la littérature internationale montre qu'il s'agit d'une localisation fréquente (12, 13). Les principaux facteurs de risque évitables sont par ordre d'importance : le tabac, l'alcool, l'alimentation déséquilibrée, les expositions professionnelles (amiante, solvants...), les infections (hépatites, papilloma virus...), le manque d'activité physique, l'exposition solaire (UV), le surpoids et la pollution de l'air (14). La prévention primaire mobilise de nombreux acteurs des politiques publiques : l'éducation, le travail, le logement, l'environnement, le sport et la santé. Elle doit également pouvoir s'appuyer sur l'action et l'évolution des comportements des patients, des citoyens, des élus et des acteurs du monde professionnel pour réduire les facteurs de risque de survenue du cancer. L'implication du MG dans la prévention des cancers implique une collaboration étroite avec les autres acteurs : médecins et infirmiers scolaires, médecins du travail, conseillers médicaux en environnement intérieur, éducateurs activité physique adaptée, addictologues, diététiciens/nutritionnistes. Elle nécessite également que le MG prenne toute sa place dans le renforcement de la démocratie sanitaire au niveau

local afin de développer la concertation et le débat public, d'améliorer la participation des acteurs de santé et de promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

Les progrès médicaux qui ont conduit à la spécialisation et la multiplication croissante des intervenants ont permis une amélioration considérable de la survie ainsi qu'en miroir à la chronicisation de la maladie cancéreuse. Ces progrès complexifient dès lors les parcours des patients à toutes les phases de la maladie (diagnostic, traitement, suivi et retour à la vie professionnelle). L'implication du MG dans les soins aux patients atteints de cancer implique dès lors une collaboration renforcée avec les autres spécialistes (15) et les partenaires des soins premiers. L'interface de la médecine ambulatoire (dite « *libérale* ») et hospitalière dite « *ville-hôpital* » est un enjeu important de l'organisation des soins permettant à tous les patients non seulement de recevoir des soins de qualité, mais aussi d'être suivis de façon globale, à domicile dans de bonnes conditions (16). La réalisation de certains soins très techniques se fait en hospitalisation dans des centres hyperspécialisés, en hospitalisation, tandis qu'une part croissante des traitements est prodiguée en ambulatoire, voire au domicile des patients (chimiothérapies orales et certains protocoles de chimiothérapie parentérale). La multiplicité des interventions et des intervenants aux divers stades de l'accompagnement et à différents niveaux du système de soins appelle une coordination accrue entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de santé de soins premiers d'une part, et d'autre part entre les professionnels de soins premiers entre eux (MG, infirmier, pharmacien, autres professions paramédicales). Les professionnels de santé de première ligne sont concernés à des niveaux variables tout au long de la maladie alliant curatif et palliatif comme la gestion des effets indésirables des traitements, de leurs séquelles, ou encore le retour à l'emploi (17, 18). L'information et l'implication du patient et de son entourage constituent également des dimensions clés de la qualité de la coordination des soins avec les professionnels.

Campbell et al. décrivent les différents rôles des MG au service du patient atteint d'un cancer à chaque étape de sa pathologie (19). Le cancer est une maladie bien différente des autres pour laquelle, souvent, le MG s'implique dans la prévention, le dépistage, le diagnostic, l'annonce, le traitement, la rémission, les rechutes, puis l'évolution et la fin de vie. Cependant, l'importance du cancer dans la patientèle et l'activité des MG reste largement méconnue en France, ce que confirme la récente publication de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (20), mais également dans d'autres pays (21). La récente publication des résultats du panel de la médecine générale sur ses données déclaratives montre que, au cours de l'année 2015, 55 % des médecins interrogés avaient rempli moins de 10 demandes de mise en affection de longue durée (ALD) pour cancer, 34 % entre 10 et 20 et 11 % plus de 20 (20).

II. L'activité des médecins généralistes

Plusieurs travaux ont mis en évidence que les besoins de santé des populations et la composante du système de santé qui y répond doivent s'articuler avec une distribution appropriée des ressources. Selon le « *Carré de White* » (22), qui représente un profil populationnel des besoins en soins et de leur utilisation, dans une population de 1000 adultes suivis pendant 1 mois, 750 signalaient un trouble de santé, 250 consultaient un MG, 9 étaient

hospitalisés, 5 dirigés vers un médecin d'une autre spécialité et 1 hospitalisé dans un centre universitaire. Ce travail, plusieurs fois réactualisé (22-26), permet de montrer que la majorité des problèmes de santé n'est pas vue en soins secondaires ou tertiaires, même si ces niveaux de soins se coordonnent et se complètent. L'importance des actions menées en soins premiers mérite d'y porter un intérêt à sa mesure. La nécessité de mettre en œuvre une politique de santé au plus près des besoins de la population commande de mieux structurer les soins de proximité, d'encourager, reconnaître et valoriser les initiatives des acteurs de terrain, pour au final adapter l'organisation de notre système de santé au plus près des territoires en tenant compte de leurs spécificités. La hiérarchisation du système de santé autour des soins premiers est un des objectifs de la loi de modernisation du système de santé 2016 (43). En 2006, le rapport De Pourville précisait qu'il existe un vaste domaine de soins offerts à la population qui ne bénéficie pas, ou peu, d'investitions scientifiques rigoureuses (27).

En 2014 la Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés (CNAMTs) dénombrait 270 millions d'actes réalisés par les MG. Cela représente en moyenne 4 contacts par an pour chaque habitant avec un MG. Selon le rapport EHIS-ESPS de 2014 sur un échantillon représentatif de la population française de plus de 20 000 personnes, 87,6 % des personnes de plus de 15 ans déclaraient avoir consulté un MG dans l'année (contre 48,6% pour un autre spécialiste) (28). On retrouve dans ces statistiques, comme dans la modélisation de White, la fréquence élevée de la demande de soins exprimée en médecine générale. Chaque MG voit au moins une fois par an presque toute la population vivant en France dans leurs cabinets et représentent bien à ce titre les principaux acteurs de la première ligne de soins en termes de couverture de la population française et de la fréquence des contacts avec celle-ci.

La définition des soins primaires en France est apparue dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en 2009 sous le titre II « *Accès de tous à des soins de qualité* » (29). En France, l'accessibilité au système de santé est traditionnellement considérée comme satisfaisante. Pourtant, les inégalités sociales en matière de santé (ISS) et de recours aux soins sont une réalité ancienne, aujourd'hui largement reconnue (30). Malgré le progrès biomédical et technologique continu au cours des 70 dernières années, et en dépit de l'élargissement de la protection maladie, les ISS persistent, voire se sont aggravées au cours des dernières décennies (31). L'évolution de notre système de santé pose question ce dont témoigne le plan du gouvernement pour « *l'égal accès aux soins dans les territoires* » comme les initiatives de l'assurance maladie visant à réduire le non recours aux soins (32). Le constat de l'existence d'ISS est bien documenté mais les interventions visant à les réduire sont peu nombreuses et insuffisamment évaluées et publiées (33). Les études d'interventions rigoureuses sont difficiles à construire car impliquant de nombreux acteurs et nécessitant des moyens comparables à ceux mobilisés pour les essais médicamenteux (études randomisées, avec mesure de l'indicateur de santé, avant et après intervention, stratifiée selon un indicateur de position sociale). Le renforcement des équipes de soins ambulatoires pluri professionnelles (« *travailler ensemble* ») est un des leviers permettant de renforcer l'accessibilité et potentiellement l'équité des soins. La fonction du MG de premiers recours et sa présence sur le territoire en font un des acteurs clés de l'équité d'accès aux soins.

III. Renforcement du rôle du médecin généraliste

Mettre la médecine générale au cœur de la prise en soins constituait un objectif du Plan cancer II (34). Le Plan faisait le constat que la situation du MG constituait un fort potentiel mais qu'il était en réalité souvent écarté des soins, notamment dans la phase aiguë. Or, une forte implication du MG dans l'accompagnement des patients atteints de cancer permettrait de lutter contre les disparités sociales et de prises en charge et contribue à améliorer la qualité de vie des patients (35-43). La qualité de la relation médecins-patients pourrait améliorer la survie des patients (44). Une revue de la littérature récente (41) a montré que le MG et le patient souhaitaient un rôle renforcé dans le suivi. Une perspective de ce travail serait d'améliorer la communication entre les soins premiers, secondaires, tertiaires et quaternaires¹. L'approche « *centrée patient* » (ACP) (45, 46) a également montré sa pertinence sur la qualité de vie (47) et la survie a montré que le MG et le patient souhaitaient un rôle renforcé du MG dans le suivi. Une perspective de ce travail serait d'améliorer la communication entre les soins premiers et tertiaires. L'ACP a également montré sa pertinence sur la qualité de vie (47) et la survie (48) des patients. Les textes législatifs et réglementaires récents prônent également un renforcement du rôle du MG. La hiérarchisation du système de santé autour des soins premiers est un des objectifs de la loi de modernisation du système de santé 2016 (49) et du Plan Cancer III (50). Le besoin de production de connaissances de développement de la recherche dans ce domaine devient donc indispensable.

Compte tenu de l'évolution prévisible de la prévalence et de l'incidence des cancers dans les années à venir (51-53), ainsi que du vieillissement de la population, du développement des chimiothérapies ambulatoires, le MG verra probablement son rôle se renforcer (54). Il devra alors utiliser les ressources et les réseaux à sa disposition en développant des liens avec les autres acteurs de soins intervenant auprès des patients dont il est le médecin traitant. L'action du MG n'est en effet possible qu'avec une équipe de soins coordonnée. Concentrant enjeux de santé publique et économiques, l'accompagnement des patients atteints de cancer est modélisant pour le système de santé justifiant une analyse spécifique dans le cadre des travaux du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) (55). Ecouter et analyser les attentes des patients atteints de cancer, savoir travailler en équipe avec les autres professionnels de santé, garantir l'équité d'accès aux soins et intégrer les progrès techniques et médicaux sont les leviers majeurs d'amélioration de la

¹ Les soins secondaires consistent souvent à diriger un patient vers un spécialiste en milieu hospitalier pour qu'il profite d'un examen ou d'un traitement plus approfondi. Les soins tertiaires et quaternaires désignent les formes de soins les plus avancés et peuvent inclure une opération complexe, telle qu'une neurochirurgie, une chirurgie cardiaque, une chirurgie plastique ou une transplantation, des soins en néonatalogie, en psychiatrie ou en oncologie, des soins intensifs, des soins palliatifs et de nombreuses interventions médicales et chirurgicales complexes. Les soins quaternaires peuvent même inclure des traitements et interventions expérimentaux. Ils sont tellement spécialisés que très peu d'établissements au pays sont en mesure de les offrir.

qualité des soins et de la performance de notre système de santé. Ces axes de développement sont des points incontournables pour légitimer le rôle du MG auprès du patient atteint de cancer. Le renforcement des rôles des MG dans les soins premiers dont la prévention et le dépistage, la mise en place de nouvelles organisations (dont le « *travailler ensemble* » en pluriprofessionnalité) et l'intégration des progrès techniques et médicamenteux doivent pouvoir s'appuyer sur des travaux rigoureux et de qualité, propres à ce secteur.

En France, le développement de la filière universitaire de médecine générale (FUMG) a permis de développer considérablement cette recherche durant ces dix dernières années. Toutefois, notre pays reste, en matière de production scientifique, largement devancé par les Pays-Bas, le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni du fait d'un engagement plus important des systèmes de santé dans le déploiement de la discipline universitaire, de la structuration de réseaux d'investigateurs et de bases de données. La construction de la recherche en soins premiers doit impliquer les MG et les autres acteurs de soins premiers, pour permettre l'élaboration et la transmission de connaissances pertinentes afin de faire évoluer les pratiques. C'est un enjeu majeur pour la discipline.

La recherche en soins premiers est dynamique et en pleine croissance. Elle doit poursuivre sa structuration et bénéficier d'un soutien institutionnel. C'est en ce sens qu'est mis en place un programme d'appui spécifique à la recherche en médecine générale en cancérologie, prévu dans la feuille de route « *médecine générale* » initiée par l'Institut National du Cancer (INCa) et l'accord-cadre entre l'INCa et le Collège de la médecine générale (CMG).

Actions des Médecins généralistes

I. Prévention/dépistage

Attente des patients

Le dépistage est un point particulier des missions et des compétences en médecine générale. Le taux de couverture vaccinale anti-HPV reste relativement insuffisant par rapport à l'objectif recommandé. Le Plan Cancer III (50) préconise de renforcer la communication vaccinale auprès du public, de mobiliser les professionnels de santé et de diversifier les structures de vaccination afin d'en faciliter l'accès. Les patients expriment des réticences à la vaccination par crainte des effets secondaires et de l'efficacité de la vaccination exacerbées par les polémiques anti-vaccinales. Le recueil des attentes des patients dans ce domaine a été étudié par différentes approches qualitatives. L'approche centrée-patient (ACP) a toute sa place dans ce domaine pour une prise de décision partagée.

L'INCa a produit des recommandations portant sur le dépistage des cancers suivants : colon, sein, col de l'utérus, mélanome. Deux cancers font l'objet d'un dépistage organisé depuis plusieurs années : le cancer du côlon, et le cancer du sein. Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus devrait être déployé sur le territoire en 2018. De récentes polémiques concernant le dépistage du cancer du sein qu'il soit individuel ou organisé nécessitent de réaliser des travaux pertinents en médecine générale pour guider les patients vers la stratégie ayant la meilleure balance bénéfices/risques. Le recueil des attentes des patients dans ce

domaine doit faire suite à la consultation citoyenne de 2017 et permettre la production de documents d'information adaptés aux niveaux de littératie de la population.

Des consultations centrées sur le niveau de risque de cancer et les modalités de dépistage actuel offertes aux patients de 25 ans et de 50 ans sont en cours de développement. En l'absence de bénéfice démontré, le dépistage systématique du cancer du poumon ou du cancer de la prostate n'est pas recommandé. Selon l'enquête EHIS/ESPS 2014, la réalisation du dépistage des cancers du sein, col et colon est insuffisant (26 % des femmes âgées de 50 à 74 ans déclarent ne pas avoir réalisé de mammographie sur les deux années précédentes, 21 % des femmes âgées de 25 à 65 déclarent ne pas avoir réalisé de frottis cervico-utérin au cours des 3 dernières années et 40 % des personnes n'avoir jamais réalisé un test Hémocult II°).

Travailler ensemble

L'implication de l'ensemble des acteurs des soins premiers et leur collaboration pourrait permettre de renforcer les actions de prévention et dépistage comme c'est le cas dans d'autres pays européens. La coordination entre les différents acteurs des soins premiers et avec les acteurs du secteur secondaire permettrait d'optimiser les actions de prévention et de dépistage des cancers.

Equité des soins

Les acteurs des soins premiers sont les premiers contacts des patients avec le système de soins. La consultation de médecine générale permet la mise en place d'une approche en santé globale du patient qui contribue à l'équité d'accès aux soins. Le dépistage est un objectif du Plan Cancer III (50). Les taux de réalisation de dépistage des cancers sont cependant nettement inférieurs chez les personnes socialement défavorisées et bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (28). La mise en place de travaux de recherche mettant en avant un « *universalisme proportionné* » dont le but est de rendre les actions plus accessibles aux personnes qui ont le plus besoin doit être prioritaire. La mise en place des actions universelles dans un objectif de « *santé pour tous* », avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles auxquels se heurtent certains groupes semble nécessaire.

II. Parcours de soins

L'appréhension du parcours de soins par le patient qui entre dans la maladie est difficile. L'annonce diagnostique faite au patient et la collaboration interprofessionnelle demeurent largement perfectibles.

Attentes des patients

Les attentes du patient concernant les conditions d'une annonce en cancérologie, la façon de communiquer ou encore comment le préparer à l'annonce sont à explorer et améliorer. Différentes étapes sont à individualiser et à articuler. Les acteurs intervenant dans ce temps crucial du parcours doivent pouvoir communiquer ensemble rapidement afin de donner une information cohérente et structurée au patient. Ceci permettra d'aider le patient atteint de cancer à entrer en soins de la meilleure façon possible.

Au-delà de la phase d'annonce(s), le recueil des attentes du patient peut permettre de co-construire avec lui son parcours de soins en cancérologie, respectant ainsi son autonomie et favorisant l'adhésion des patients à ce parcours.

Travailler ensemble

Les professionnels travaillent parfois côte à côte sans véritable communication. Les modalités de l'organisation relationnelle interprofessionnelles sont très aléatoires. Elles peuvent être séquentielles, parallèles ou conjointes. L'organisation est séquentielle lorsque les patients sont suivis exclusivement par l'équipe spécialisée pour leur cancer et qu'ils s'en remettent à leur MG une fois le traitement terminé (40). Une revue de la littérature canadienne (39) a montré que les soins apportés par le MG aux patients adultes atteints de cancer étaient souvent interrompus pendant la phase de traitement du cancer entraînant ainsi une rupture de la continuité des soins. Une organisation est dite parallèle lorsque le lien avec le MG est maintenu, mais pour des raisons autres que celles associées au cancer. Enfin, de façon moins fréquente, certains patients bénéficient d'un suivi conjoint entre l'équipe spécialisée et leur MG (40, 56). Michèle Aubin a démontré lors de son étude sur l'accompagnement des patients atteints de cancer du poumon une augmentation de la qualité de vie des patients qui bénéficiaient d'un suivi conjoint entre MG et spécialistes en cancérologie (56). La communication entre professionnels des soins premiers d'une part, avec les équipes spécialisées en cancérologie est à organiser et à favoriser. La communication doit être faite dans les deux sens (de « *l'hôpital vers la ville* » et de la « *ville vers l'hôpital* »). La façon d'articuler les actions du MG avec les autres professionnels de santé est également un sujet d'investigations. L'action isolée du MG n'est pas efficace, quand elle existe, sans l'aide des autres professionnels de santé. Le travail en pluri professionnalité et l'utilisation d'un réseau d'acteurs formel ou informel, des soins premiers afin de permettre des soins efficaces autour du patient sont essentiels.

Equité des soins

Au-delà du travail initial descriptif nécessaire, les raisons des difficultés de prise en soins, de manque de collaboration interprofessionnelle, le concept de rôle pivot, de coordination efficace et d'optimisation du parcours de soins méritent d'être mieux explorés et compris². Qu'entendent les différents acteurs de soins par la notion de « *Parcours de soins* », de « *Trajectoire de soins* » ? Le terme de parcours renvoie à la réforme de 2004 sur le médecin traitant (57) et sa déclinaison avec le dispositif ALD et les référentiels HAS (58). Le terme de trajectoire est plutôt retrouvé en sociologie de la santé (59) et permet de développer au-delà de la définition, la réalité de ce qui se passe sur le terrain, c'est-à-dire du parcours réel du patient atteint de cancer.

¹ Une approche sociologique du fonctionnement des réseaux de soins appliquée notamment au cancer montre que les modalités de collaboration relèvent également des acteurs individuels selon qu'ils adoptent une posture de captant ou de consultant dans la trajectoire des patients expliquant ainsi la plus ou moins bonne gestion du parcours du patient. Il en résulte une grande variabilité des modalités de collaboration entre acteurs et une faible visibilité pour le patient et son entourage.

L'adaptation du parcours aux besoins du patient atteint de cancer et le respect de l'équité d'accès aux soins sont des points importants de la prise en charge des patients atteints de cancer. Le parcours de soins en cancérologie est composé d'au moins trois étapes différentes. La consultation de médecine générale, contenant l'annonce du cancer ou la « *pré-annonce* », l'accès aux centres de soins spécialisés ainsi que les informations sur les soins à venir (le parcours au sein du centre de soins spécialisé (dispositif d'annonce, réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)) et le parcours du patient une fois le traitement débuté. Or, ces différents temps du parcours incluent ou non de transmettre les informations de prise en soins et de conduite à tenir aux acteurs de soins premiers. De la même façon, la transmission des informations des soins premiers vers les soins secondaires et tertiaires n'est pas toujours incluse. Les travaux actuels de l'INCa (révision du dispositif d'annonce, place du MG dans le programme personnalisé de soins (PPS) et le programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC), l'orientation vers une équipe spécialisée, et les objectifs de réduction des risques et d'amélioration de la qualité de vie liées à une organisation pluri professionnelle structurée) expriment des pistes d'action a priori. Pour autant, la réalité des pratiques (des parcours) est fort éloignée des modélisations cibles (60).

Enjeux

I. Prévention

La prévention primaire est un enjeu majeur (61). S'agissant de la prévention du cancer du poumon ou des cancers de la peau, les mesures de prévention primaire reposent sur les changements de comportement des patients. La prévention primaire inclut aussi la prise en compte des facteurs d'exposition environnementale aussi bien professionnels que relevant de la vie quotidienne. Or la prévention primaire est souvent réduite à l'action sur les comportements plutôt que sur les facteurs environnementaux. Les MG ne sont pas les seuls acteurs concernés. Toutefois, les modèles s'intéressant aux changements de comportement des patients donnent une large place à la médecine générale (62, 63). Alors que la communication médicale a longtemps reposé sur un modèle paternaliste, la production de données scientifiques permettant d'améliorer les modalités de pratique des MG reste un enjeu majeur pour les patients (64). Développer une expertise basée sur la production de données scientifiques, permettant de valider des critères de qualité des pratiques dans le champ de la communication avec les patients, est un axe prometteur. La prise en compte des attentes des patients dans ce domaine paraît incontournable afin de favoriser leur adhésion aux mesures de prévention en cancérologie.

II. Dépistage

Pour les cancers dont le dépistage est recommandé, l'enjeu est lié à l'adhésion des patients et des médecins aux recommandations de bonnes pratiques. La médecine générale est une discipline qui intègre à la fois les données de santé publique dans une perspective populationnelle, et qui s'exerce sous la forme d'une approche centrée sur la personne (65) et le colloque singulier. Le MG propose le dépistage comme un acte de soins à part entière,

individualisé au regard des caractéristiques du patient, en tenant compte de ses valeurs et de ses préférences. Pour les dépistages organisés, la mesure de la participation est fréquemment décrite comme décevante : moins d'un patient éligible sur deux participe au suivi tel qu'il est proposé (66, 67). Actuellement, il n'existe pas en France d'outil d'aide à la décision partagée faisant consensus sur la participation au dépistage organisé du cancer du sein permettant une relation médecins patients honnête et loyale, alors que les données internationales et l'évolution de la société plaident pour une meilleure communication avec les médecins (68) et avec les patients (69) (Étude européenne My-PEBS) pour des prises de décisions partagées (65, 70-72). Le recueil des attentes des patients concernant la prévention est essentiel dans ce domaine.

Pour les dépistages dont le bénéfice n'est pas démontré, les enjeux sont différents. En l'absence de consensus scientifique sur des situations de pratique quotidienne (dépistages du cancer de la prostate et du poumon), un des enjeux est de définir des indicateurs de qualité des pratiques dans les situations où il n'existe pas aujourd'hui de recommandation spécifique. L'expérimentation sur le terrain et la mise en œuvre en soins premiers de modèles théoriques (*Evidence Based Medicine (EBM)*, *Approche Centrée Patient (ACP)*) restent aujourd'hui un défi.

III. Parcours de soins

Attentes des patients

Les patients qui sont pourtant au centre des parcours sont assez peu mobilisés, comme sujet d'étude ou comme partie prenante de l'organisation. Recueillir leurs attentes et les intégrer de façon active à la fluidité des parcours est un enjeu. La demande croissante des patients concernant le recours à des médecines complémentaires ne doit pas être ignorée et doit être étudiée. Ceci représente un enjeu important du parcours de soins afin d'en comprendre les déterminants, les recours existants et les thématiques aidantes pour les patients atteints de cancer. L'accès aux soins de support en ambulatoire, l'adressage par le MG et les équipes de soins premiers est à étudier. Des initiatives innovantes dans le domaine des soins de supports (comme la mise en place de l'activité physique adaptée par exemple), en fonction des attentes du patient, sont à favoriser en soins premiers.

Travailler ensemble

Pour le HCAAM et selon le Plan Cancer III, l'enjeu majeur est celui du « *travailler ensemble* » nécessaire à l'amélioration des soins autour du patient atteint de cancer. Ceci permettra d'observer l'adhésion du patient à son parcours de soins mais surtout de co-construire avec lui son parcours en cancérologie.

Au-delà des outils d'échange et de communication qui sont des conditions nécessaires pour la coordination des soins, l'adhésion et la reconnaissance mutuelle des acteurs sont fondamentales pour la construction et la réussite de nouvelles organisations. Cette exigence de coordination, notamment celle entre « *la ville et l'hôpital* », partagée par l'ensemble des acteurs est permanente dans la politique de lutte contre le cancer, mais reste à concrétiser. Les Plans Cancer successifs n'ont pas à ce jour réussi à avancer de façon significative dans cette voie. Du fait de la segmentation des prises en charge, les parcours de soins sont assez peu

analysés dans leur globalité depuis l'entrée dans le parcours de soins en intégrant la dimension « *ville-hôpital* ». La création de projets de recherche en partenariat entre l'équipe de soins premiers et l'équipe de soins spécialisés en cancérologie semble essentielle afin de co-construire avec le patient atteint de cancer un parcours de soins personnalisé.

IV. Equité des soins

Quel que soit le moment de l'accompagnement des patients atteints de cancer, la place des inégalités sociales est grandissante dans le champ des soins premiers. La littérature (73) montre que les modalités actuelles retenues pour promouvoir les pratiques de prévention augmenteraient les inégalités plutôt qu'elles ne les réduiraient. Le constat est fait par les différents Plans Cancer de la présence d'ISS. La mise en œuvre de moyens, de réduction des ISS doit tenir compte d'un « *Universalisme Proportionné* » (74, 75). Un programme ciblé est une manière dite « *classique* » d'agir en santé en vue de réduire les inégalités. Cette approche s'adresse seulement aux sous-groupes considérés comme prioritaires au sein de la population générale. Les approches ciblées sont souvent initiées en direction des groupes issus de milieux défavorisés ayant des besoins spécifiques. L'universalisme proportionné met en place des actions universelles avec un objectif de « *santé pour tous* », avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles auxquels se heurtent certains groupes sociaux(74). Le but est de rendre les actions plus accessibles aux personnes qui en ont le plus besoin : « à chacun selon ses besoins ». Le concept de mesures universelles proportionnées semble résoudre le dilemme entre cibler une population dans le besoin ou développer une action qui profite à tous, même aux plus favorisés. En France, le concept de mesures universelles proportionnées reste peu connu, et complexe à mettre en œuvre sur le terrain. La médecine générale a vocation à démontrer le bénéfice de stratégies universelles proportionnées aux besoins et aux vulnérabilités de la population, soit en raison de facteurs de risque sociaux, soit en raison de facteurs de risque comportementaux (76-80). La place du MG devrait permettre un accès équitable aux soins premiers sur le territoire. La recherche observationnelle et interventionnelle doit évaluer l'impact des dispositifs de réduction des ISS. L'analyse des organisations territoriales opérationnelles, les raisons des succès et des échecs doivent être mises en avant. La transposabilité des dispositifs pourra ainsi être explicitée.

Bénéfices attendus

Le développement de la recherche en médecine générale permettra :

1. D'écouter et étudier les **attentes des patients**.

- Le recueil et la réponse aux attentes des patients atteints de cancer concernant la prévention, le dépistage et leur parcours en santé.
- La mise en œuvre de stratégies innovantes et pragmatiques dont l'impact sera mesuré à partir des données de morbi-mortalité, de qualité de vie et de satisfaction dans une perspective populationnelle.
- Le déploiement de travaux en population générale dans le champ de la prévention et du dépistage pourra aboutir à un diagnostic du cancer à un stade précoce.

- Permettre de proposer des démarches opérationnelles de façon à mettre en œuvre des modalités de communication avec les patients. Ceci permettrait d'intégrer les modalités de décision partagée, de l'EBM, et de l'ACP (65, 81-83), tenant compte des caractéristiques du patient et de la temporalité.
 - Le recueil des attentes des patients concernant la recherche elle-même permettra de savoir comment mobiliser les patients dans les projets de recherche et d'impliquer les patients dans le « *dispositif recherche* ».
2. De **travailler ensemble**.
- Le développement de travaux de recherche sur la communication et la collaboration entre professionnels du premier recours et les équipes spécialisées en cancérologie pourra se faire sur un plan observationnel et interventionnel. Ceci ira dans le sens d'un décloisonnement des spécialités médicales entre elles et entre professionnels (pluri et interprofessionnel) intervenant auprès du patient atteint de cancer.
 - Le développement d'un observatoire en soins premiers en population sera essentiel pour étudier les actions du MG dans les conditions réelles de son exercice. La médecine générale a vocation à proposer des approches intégrant le niveau de risque en tenant compte de caractéristiques propres au territoire. Le cancer est de plus en plus souvent une maladie chronique nécessitant un suivi dans le temps et pour lequel la médecine générale a par définition une place privilégiée dans le cadre de la compétence « *continuité, coordination et suivi* ». L'observatoire permettra d'objectiver les rôles effectifs des MG, les déterminants et de leur efficacité.
3. D'améliorer l'**équité d'accès aux soins**.
- La médecine générale permet d'élargir la représentation du parcours au-delà des épisodes de soins aigus comprenant « *l'amont et l'aval* », la qualité de vie, le lien avec l'environnement du patient et l'éducation thérapeutique.
 - Le déploiement de travaux en population générale dans le champ du parcours de soins pourra aboutir à un bénéfice sur l'amélioration de l'organisation, de la qualité des soins dont bénéficie le patient, mais aussi sur la réduction des ISS.
 - Le développement de stratégies universelles proportionnées permettrait de réduire les ISS. Les modalités d'exercice du MG lui donnent *a priori* une position privilégiée face à l'enjeu que représente la réduction des inégalités (84).

Thématiques prometteuses

I. Prévention/dépistage

Le dépistage repose soit sur des approches systématiques et populationnelles larges déclinées dans la pratique, soit sur des approches populationnelles ciblées. Le dépistage renvoie aux pratiques cliniques et à l'organisation des MG et/ou des équipes de soins premiers. Il se fait en lien avec des acteurs de la prévention organisée ou de la prévention des risques. La recherche en soins premiers dans le champ « *prévention/dépistage* » devrait être centrée sur les cancers les plus fréquents, soit en termes d'incidence, soit en termes de mortalité. Une proposition est de retenir les cancers suivants : colon, sein, peau, col de l'utérus, prostate, poumon. Pour certains de ces cancers, l'incidence et/ou la mortalité sont élevées, mais la structuration de modalités de prévention et dépistage selon les critères de l'OMS (85) reste encore un défi, préalable à la définition ou à l'amélioration des recommandations. Dans la perspective d'améliorer les modalités de prévention et dépistage, un axe thématique a vocation à se centrer sur l'évaluation de l'impact d'interventions en population générale.

La communauté de médecine générale souhaite développer la recherche, pour les patients atteints de cancer selon 3 thèmes que sont les attentes des patients, le « *travailler ensemble* » et l'équité des soins, dans les champs suivants :

1. La réduction des comportements à risque (tabagisme, alcool, alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique, exposition solaire), en proposant des interventions dans le champ de la prévention primaire comme la promotion et l'éducation à la santé du patient.
2. L'optimisation des procédures de dépistage, en travaillant à la personnalisation des parcours de dépistage, en développant des stratégies de dépistage stratifié sur le risque individuel qui seront une alternative au dépistage de masse, en développant une approche par niveau de risque dans les stratégies de dépistage, en tenant compte des marqueurs et facteurs de risque tant cliniques que sociodémographiques ou génétiques. Par exemple il n'existe pas d'étude prospective sur le dépistage par la mammographie de femmes à risque élevé de cancer du sein.
3. Le développement de modalités innovantes dans le champ du dépistage. Plusieurs cancers ne sont pas dépistés car les modalités proposées n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (cancer du poumon, cancer de la prostate, cancer de l'estomac ou cancer de l'ovaire par exemple). Pour d'autres cancers, l'acceptabilité des modalités de dépistage est un point délicat, de sorte qu'un champ important de la recherche en soins premiers devrait être centré sur la création ou l'amélioration des outils existants et des stratégies mises en œuvre. Le développement de modalités de dépistage sollicitant directement le patient est un enjeu à l'échelle des populations.
4. Les parcours de dépistage, en s'intéressant à l'observance pour les dépistages recommandés, aux acteurs impliqués dans le dépistage, du patient au spécialiste d'organe, aux délais, aux moyens à disposition sur le territoire, et aux freins et facteurs facilitant les démarches de dépistage.

5. La communication / Décision partagée / Approche globale / Approche centrée patient, en s'intéressant à développer des modalités de communication plus éthiques, plus respectueuses de l'autonomie du patient, en évaluant l'impact des modalités de communication selon les populations et la personnalité des individus et les déterminants de l'adhésion aux changements de comportements.
6. La production d'indicateurs de qualité de pratique qui correspondent mieux à l'approche centrée patient et qui rendent compte du travail d'individualisation et de communication nécessaire autour du dépistage.
7. L'amélioration de l'adhésion au dépistage, notamment dans le cadre des ISS en développant des stratégies en vie réelle universelles proportionnées.
8. La prévention quaternaire intégrant la notion de surdépistage et de surtraitement : le MG est sensibilisé aux enjeux de la prévention quaternaire et de ce qu'on appelle parfois le surdépistage (86, 87). La prévention quaternaire peut se définir par « *l'action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation* ». La pertinence des soins aux patients et la durabilité du système dépendent de l'évitement de tests, de traitements et d'interventions inutiles. Les soignants doivent protéger ces patients d'interventions médicales invasives, et leur proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables (81). Les surdépistages et les surtraitements ont fait l'objet de nombreuses controverses scientifiques. La méconnaissance de l'histoire naturelle de certains cancers participe aux surtraitements. Informer les patients sur les doutes et des effets potentiellement néfastes d'un dépistage est un travail difficile qui mérite réflexions et recherches. La réduction des risques de surdépistage et la production de données scientifiques vise à aider les professionnels de santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements : « *choisir avec soin* ».

II. Parcours de soins

Les parcours de soins impliquent le MG et de nombreux autres acteurs, dont le patient et sa famille, aussi bien dans le champ des soins premiers que celui des soins secondaires et tertiaires. Le parcours de soins regroupe donc des enjeux de coordination, d'échanges d'informations, de compétences et de savoirs.

La communauté de médecine générale souhaite développer la recherche, pour les patients atteints de cancer selon 3 thèmes que sont les attentes des patients, le « travailler ensemble » et l'équité des soins, dans les champs suivants :

1. L'identification des besoins et attentes en termes de soins des patients atteints de cancer
2. L'expérience vécue de son parcours de soins pour le patient atteint de cancer
3. La description, compréhension et optimisation du parcours effectif du patient atteint de cancer et ses déterminants (terminologie et aspects organisationnels)
4. La description et l'évaluation de l'orientation des patients atteints de cancer vers des médecins aux pratiques alternatives et complémentaires (88)

5. Les modalités diagnostiques du cancer en soins premiers et le lien avec les ISS
6. La description et la compréhension de l'orientation vers une équipe spécialisée (réseau personnel du MG soutien d'une plateforme territoriale d'appui ou d'un réseau de santé, etc.)
7. La description des différents rôles entre professionnels dans le suivi des patients atteints de cancer dont l'accès aux soins de support dans le secteur des soins premiers.
8. L'amélioration de l'information du patient atteint de cancer aux différents temps de l'accompagnement
 - Le déploiement du dispositif d'annonce (consultations de pré et post-annonce, lien avec l'hôpital)
 - Co-construction du parcours avec le patient atteint de cancer.
 - Prise en soins premiers de l'après traitement actif spécifique en cancérologie : accompagnement du retour à la vie (séquelles, soutien psychologique, activité physique adaptée, asthénie au long terme, retour au travail)
9. La description des pratiques de suivi du patient atteint de cancer en soins premiers (typologie) et l'identification des facteurs associés aux pratiques observées.
10. L'amélioration du suivi ambulatoire du patient atteint de cancer et la collaboration interprofessionnelle :
 - La place du MG dans l'élaboration et le suivi des programmes personnalisés de soins (PPS) et programmes personnalisés de l'après-cancer (PPAC)
 - La réduction des risques et l'amélioration de la qualité de vie liées à une organisation pluridisciplinaire structurée au sein de l'équipe de soin primaire (médecins, pharmaciens, infirmiers, paramédicaux hospitaliers et libéraux)
 - L'orientation vers des soins de supports adaptés à la situation particulière du patient atteint de cancer.
 - Le déploiement d'intervention pragmatique pour optimiser le parcours et la collaboration
11. Le renforcement de la place du MG dans la réinsertion socioprofessionnelle du patient atteint de cancer.

III. Optimisation du bon usage des traitements

La multiplicité des acteurs autour du patient atteint de cancer démultiplie les prescriptions médicamenteuses ou non médicamenteuses. La mise en place de soins de support en cancérologie mais également le recours des patients à des médecins aux pratiques alternatives et complémentaires (88) contribue à cette escalade thérapeutique. Le MG, le pharmacien et l'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) sont idéalement placés pour faire la synthèse des traitements pris par le patient atteint de cancer.

La communauté de médecine générale souhaite développer la recherche, pour les patients atteints de cancer selon 3 thèmes que sont les attentes des patients, le « *travailler ensemble* » et l'équité des soins, dans les champs suivants :

1. La décision partagée et les traitements anticancéreux
2. L'optimisation du bon usage et de l'adhésion aux traitements ambulatoires
3. L'optimisation des traitements tenant compte de la fragilité, de la multimorbidité et de la polyprescription (« *choisir avec soin* »)
4. L'éducation thérapeutique : quels modèles et quelles approches spécifiques dans le cancer en médecine générale ? Quelle est la bonne articulation avec les autres professionnels de santé ?
5. Le suivi des patients sous traitements anticancéreux :
 - La prévention et la gestion des effets indésirables
 - Le recours aux soins de support et aux acteurs des médecines alternatives et complémentaires devra être étudié
 - L'étude des attentes des patients et de leur qualité de vie pendant le traitement
 - L'iatrogénie et la polymédication des patients atteints de cancer
6. La mise en évidence des perceptions du patient sur ses traitements, des évolutions culturelles et sociologiques du patient et de son entourage face au cancer
7. La mise en place d'un plan personnalisé de soins co-construit avec l'équipe de soins premiers et l'équipe spécialisée en cancérologie (participation à la RCP par visio ou téléconférence, concertation préalable ou consécutive à la RCP par ex) et le patient
8. L'innovation thérapeutique et son applicabilité en soins premiers pour le patient atteint de cancer (médecine technique dite « personnalisée » vs médecine de la personne dite « centrée patient »).

Forces et faiblesses de la recherche en médecine générale en cancérologie

À ce jour, le cadre dans lequel les universitaires de médecine générale exercent leurs fonctions en recherche est très variable. La diversité des situations des MG impliqués dans la recherche a toutefois permis d'identifier des éléments clefs qui s'avèrent être à la fois des forces et/ou des faiblesses.

I. Forces

1. La filière universitaire de médecine générale (FUMG), bien que jeune voit se déployer un réseau et un nombre croissant de MG chercheurs avec de nouveaux profils (formation à la recherche, obtention de financements pour la recherche, maîtrise des méthodes). Ces chercheurs sont mobilisés dans les territoires et dans différentes thématiques de recherche. Leur intégration à des équipes de recherches pluridisciplinaires permettra une meilleure connaissance du travail de chacun et la mise en place de travaux de recherche collaboratifs.
2. L'impact populationnel de la recherche sur le patient atteint de cancer est certain en raison du nombre important de patients potentiellement exposés au cancer et de la modélisation possible à partir du patient atteint de cancer pour d'autres maladies ou conditions
3. L'existence des registres des cancers est une source de données potentielles ainsi que la montée en charge du Système national des données de santé (SNDS) pouvant permettre d'améliorer la connaissance sur les parcours de soins des patients atteints de cancer.
4. L'exercice même de la médecine générale est transversal et implique plusieurs professionnels des soins premiers sur un territoire. Ceci donne lieu à des compétences mises en jeu dans toutes les pathologies chroniques conférant une réelle expertise au MG. La réorganisation de la médecine générale dans de nouvelles formes d'exercice pluri professionnels (et notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)) permettant le développement de collaborations.
5. La richesse de la recherche en médecine générale est de répondre à la fois aux attentes des patients, et aux besoins en santé publique. Le lien très important avec les territoires et une réalité du terrain permettra la construction de projets de recherche adaptés à la vie réelle et aux besoins en santé.
6. Les travaux de recherche préalables et la richesse des études qualitatives peuvent donner lieu à des hypothèses débouchant sur d'autres formes de recherche.
7. La constitution de cohortes de patients de soins premiers dédiées (exemple de la cohorte Constances avec un financement « *Investissement d'avenir* »).
8. Le développement de projets de recherche en médecine générale permettra le développement de la recherche clinique ambulatoire.
9. Les cancéropôles proposent des appels d'offre « *soins premiers* » pourront aider les chercheurs en médecine générale à développer cet axe.

Certains travaux de recherche ont permis d'avancer sur plusieurs moments du parcours :

- Avant le diagnostic

En 2008, 30 % des cas de cancers survenaient chez des personnes de 75 ans et plus (89). Le repérage des facteurs de fragilité des patients âgés en général et de ceux atteints de cancer en particulier peut être effectué par le MG. Peu d'outils ont été étudiés en médecine générale (90) et aucun d'entre eux n'a été validé par cette discipline alors que c'est un enjeu d'importance (91). Plusieurs études ont montré que le test de « *vitesse de marche* » est adapté à l'exercice de la médecine générale (92) et aux patients atteints de cancer.

- Au moment de l'annonce

Une fois le diagnostic posé, le MG est le référent de proximité auquel le patient vient demander informations, explications, soutiens et conseils (93). L'annonce d'une maladie grave constitue toujours une épreuve pour le patient. Le Plan Cancer II a pris en compte ce problème en imposant le « *dispositif d'annonce* » (DA), renforcé par le Plan Cancer III. Le MG est un des acteurs du dispositif d'annonce car le dispositif prévoit une articulation avec la médecine de ville. De plus, le patient a des réactions émotionnelles et cognitives différentes selon le stade d'acceptation de la maladie au moment de l'annonce.

- Pendant le suivi et l'« après cancer »

Un peu plus de 60 % des MG ont des patients qui ont présenté des effets secondaires liés au traitement anticancéreux (94).

Les mesures de prévention gardent leur pertinence après un cancer. Le MG est le mieux placé pour observer les conditions de vie des patients à distance du diagnostic des cancers (95). Il est l'axe central du « *vivre après le cancer* ». Il est potentiellement en situation de jouer un rôle déterminant dans la réinsertion sociale et professionnelle de son patient, la gestion de son handicap quotidien et la mise en place d'actions de soutien notamment grâce aux soins de support. Selon les chiffres de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) de 2011, 0,5 % des cancers seraient reconnus en maladie professionnelle (96, 97) alors que près de 10 % des cancers seraient d'origine professionnelle (98). La mise en place d'une aide à la rédaction du certificat médical initial permet d'améliorer la reconnaissance des cancers en maladies professionnelles indemnisable (99).

Le Plan Cancer II proposait d'« *élaborer des recommandations sur la surveillance partagée entre médecins hospitaliers et médecins traitants, [...]* » et le Plan Cancer III de « *garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville [...]* ». Plusieurs interventions de surveillance alternée ont ainsi été mises en place, notamment en Angleterre (100, 101). Ces interventions ont montré l'accueil favorable que réservaient les malades à ce type de coopération (100) tout en conservant une efficacité comparable au modèle classique tant sur la détection des récidives que sur la survie et la qualité de vie (101).

La polymédication, les prescriptions inappropriées et les interactions médicamenteuses interagissant avec la chimiothérapie sont fréquentes et largement sous-estimées chez le sujet atteint de cancer (102-104). Le MG est, avec le pharmacien, le professionnel de santé qui connaît les comorbidités et les traitements du patient. Son rôle est essentiel dans l'analyse des traitements indispensables au patient.

II. Faiblesses

1. Le cadre dans lequel les universitaires de médecine générale exercent leurs fonctions en recherche est très variable. La charge de l'activité clinique ambulatoire et la rémunération à l'acte, le volume d'enseignement (corrélé au nombre d'internes en médecine générale) nécessitent de créer des postes supplémentaires.
2. L'absence d'adossement de certains départements de médecine générale à des structures de recherche ou équipes labellisées rend difficile la construction d'un projet de recherche. Le rattachement des MG chercheurs à des structures labellisées (Santé publique par exemple) crée des décalages entre le « *gold standard* » de la recherche qui est l'essai clinique randomisé et les besoins concrets de la recherche en soins premiers.
3. L'absence d'équipes spécifiques « *cancérologie en soins premiers* » induit une dispersion des acteurs réalisant la recherche en soins premiers dans le domaine de la cancérologie et un manque de mise en commun systématique des idées et des travaux de recherche.
4. L'absence de métier d'appui et de support pour aider à la conception des projets de recherche limite le nombre de dossiers déposés en réponse aux appels d'offre en recherche ainsi que les probabilités d'obtention de financement.
5. L'absence de financement dédié aux projets de recherche de cancérologie en soins premiers dont le coordonnateur ou le porteur du projet est un acteur des soins premiers est un frein à l'obtention d'un financement dédié pour la recherche en médecine générale.
6. La difficulté à trouver des financements et à publier des études qualitatives est un autre obstacle (l'observation qualitative est la matière fondamentale de la médecine générale et donne des hypothèses vérifiables ensuite en quantitatif).
7. Le manque d'un appel à projet dédié aux soins premiers et le caractère compétitif des autres appels à projets limite la possibilité d'accéder à des financements pour la recherche.
8. Le manque d'acteurs issus des soins premiers dans les jurys d'évaluation de projets se voulant être appliqués aux soins premiers ; ce qui a pour résultat de financer des projets désadaptés des réalités de terrain.
9. L'absence de réseaux d'investigateurs-chercheurs suffisants en nombre permettant de colliger des données en soins premiers est un frein à la constitution de bases de données solides. La difficulté à recruter des investigateurs dans le secteur ambulatoire, faute de moyens et de disponibilité des médecins de terrain, ne permet pas le déploiement d'un réseau afin de développer la recherche clinique ambulatoire.
10. L'absence de bases de données (dont observatoires) de grande échelle de soins premiers limite la connaissance sur la morbidité « *diagnostiquée* » en médecine générale et sur les pratiques effectives des MG.
11. Le manque d'accès aux bases de données existantes (SNIIRAM, EGB) rend complexe l'analyse des pratiques en médecine générale dans le domaine de la cancérologie.

Propositions

La filière universitaire étant jeune, l'implication des MG dans les projets de recherche s'est faite essentiellement par intégration au sein d'équipes existantes. Le développement de travaux concernera les attentes des patients, le « *travailler ensemble* » et l'équité d'accès aux soins. Des équipes émergentes centrées sur les soins premiers doivent désormais se constituer et les enseignants-chercheurs de médecine générale doivent être moteurs dans les projets de recherche en soins premiers afin de pouvoir développer des axes de recherche dédiés et adaptés à la pratique. C'est une condition nécessaire au développement d'une recherche clinique ambulatoire.

Nous avons identifié des besoins d'ordre différents afin de pouvoir développer une recherche en soins premiers de qualité dans le domaine de la cancérologie en soins premiers.

I. Développement des appels à projets (AAP)

- Créer des appels à projets en cancérologie dédiés à la recherche clinique ambulatoire aux soins premiers de type PARC (programme ambulatoire de recherche clinique)
- Créer des appels à projets de recherche en cancérologie adaptés aux soins premiers en dehors de la thématique Sciences Humaines et Sociales (SHS) englobant des projets de recherche qualitative, quantitative, observationnelle, interventionnelle ou « *recherche-action* ».
- Pérenniser l'axe « *soins premiers* » au sein des AAP en cancérologie
- Intégrer des acteurs des soins premiers à différents niveaux que ce soit sur l'axe « *cancer* » et sur l'axe « *soins premiers* » :
 - Au sein des conseils scientifiques des AAP
 - Au sein des jury d'évaluation des AAP en cancérologie
 - Au sein du groupe de « *reviewers* » des AAP déposés en cancérologie
 - Au sein des cancéropôles, et sanctuariser ce poste au sein de la charte des cancéropôles
- Appliquer des critères de jugement adaptés à la recherche en soins premiers au sein des comités d'évaluation des projets en cancérologie
- Favoriser des projets de recherche interventionnelle pour la mise en place d'un « *universalisme proportionné* » sur un territoire donné (la transposabilité des dispositifs n'est pas toujours possible).

II. Formation

- Développer des postes de chercheurs et enseignants-chercheurs de médecine générale afin de développer la recherche en cancérologie.
- Déployer des bourses de recherche en soins premiers pour l'axe cancérologie
- Développer des master 1 et master 2 dans le domaine de la recherche en cancérologie en soins premiers
- Inciter les étudiants en médecine générale à s'inscrire en master recherche sur la

thématique cancer

III. Structuration de la recherche et Equipes de recherche :

- Adosser les MG chercheurs à :
 - des équipes structurées (équipes INSERM, équipes d'accueil)
 - une Direction régionale de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) qui donnera la possibilité de s'appuyer sur un organisme ayant pour fonction la gestion administrative, réglementaire, et comptable
- Créer et mettre en place des équipes de recherche rassemblant des compétences multiples, pluri disciplinaires et pluri professionnelles, en soins premiers, en cancérologie, en épidémiologie, en recherche clinique, méthodologie, sociologie et économie de santé pouvant porter des projets sur la thématique « patient atteint de cancer ». Elles permettraient de favoriser la collaboration entre professionnels de soins premiers entre eux et avec les professionnels spécialisés dans la prise en charge des patients atteints de cancer.
- Construire un réseau de médecins investigateurs spécifique de recherche en soins premiers sur la thématique cancer.
 - Financer la formation à la recherche pour l'investigateur.
 - Financer l'animation d'un tel réseau. Parmi les enjeux de l'animation du réseau, la communication autour des succès et résultats obtenus, le retour sur les résultats obtenus auprès des investigateurs est un facteur d'entretien de la motivation des investigateurs
- Intégrer aux cancéropôles un axe spécifique « soins premiers ». Ceci permettrait de concentrer les moyens humains et financiers sur un territoire donné et ses particularités (offre de soins, professionnels de santé en place, etc.). Celui-ci devra s'articuler avec les pôles universitaires de recherche des départements de médecine générale.
- Créer des métiers et fonctions supports pérennes auprès des MG chercheurs.
 - Mettre à disposition :
 - méthodologistes
 - traducteurs / éditeurs
 - ressources informatiques (aide à la création de questionnaires en ligne, site internet dédié à des projets de recherche, cahiers d'observations etc.)
 - Financer des temps d'attachés de recherche clinique (ARC), techniciens d'études cliniques, chefs de projet, data-managers, statisticiens, qui viendraient en soutien à la construction puis à la conduite de projets.

IV. Publication/valorisation

- Faire un état des lieux des financements de la recherche en soins premiers en oncologie à l'international
- Recenser les travaux publiés, et en cours, sur les parcours de soins dans le domaine du

cancer financé par l'INCa ou d'autres sources (IRESF, PREPS, PHRC, PRMI, ANR, Ligue contre le cancer, Fondation de France etc...) afin :

- d'analyser leurs approches (questions posées, méthodologies choisies, équipes partenaires et sources de données)
- d'analyser le rôle ou la participation des soins premiers et de la médecine générale.
- Créer un catalogue des appels à projets en cancérologie en lien avec les soins premiers
- Développer un observatoire en soins premiers sur la thématique du patient atteint de cancer
- Faire un état des lieux des financements de la recherche en soins premiers en oncologie à l'international
- Communiquer de façon ciblée « soins premiers » pour rendre compte des résultats obtenus dans le domaine de la cancérologie.
- Publier dans l'axe « cancer » pour rendre compte de la dynamique en cours des soins premiers.
- Développer la publication de travaux de recherche dans des revues indexées internationales orientés sur les soins premiers et la cancérologie.

V. Autres propositions

- Favoriser la collaboration entre professionnels de soins premiers entre eux et avec les professionnels spécialisés dans la prise en charge des patients atteints de cancer.
 - Organisation d'évènements : Journée / Séminaire / Colloque où seraient invités des intervenants étrangers ou des intervenants d'autres disciplines scientifiques (oncologues, infirmiers, kinésithérapeutes, sociologues, psychologues).
 - Promouvoir le partage d'expérience : inviter des chercheurs d'autres disciplines (médicales, paramédicales, métiers issus des soins de supports) et des chercheurs étrangers avec des acteurs des soins premiers.
- Impliquer les patients dans les projets de recherche à deux niveaux :
 - Faire participer les patients à l'élaboration du projet de recherche (insérer les patients dans le dispositif recherche).
 - Mobiliser les patients dans les projets de recherche.

Auteurs :

Isabelle Aubin-Auger,

Médecin Généraliste, Soisy-sous-Montmorency

Professeur des Universités, Département de médecine générale Paris 7 Diderot

Membre groupe cancer du CMG

Membre du conseil scientifique du CNGE

Tiphanie Bouchez,

Médecin généraliste, Pôle de santé des Collines, Le Rouret

Chargée d'enseignement et recherche, UFR Médecine, Université Nice Sophia Antipolis

Présidente de SPP-IR : soins primaires pluriprofessionnels - innovation recherche

Yann Bourgueil,

Médecin de Santé Publique

Directeur de recherche Irdes

Responsable mission RESPIRE (EHESP-CNAMTS-IRDES), EA 7348 MOS

Bernard Clary,

Médecin généraliste, Trèbes

Maitre de Conférences Associé, Département de médecine générale, Université Montpellier-Nîmes

Membre du groupe cancer du CMG

Guillaume Coindard,

Médecin généraliste, Cabinet Médical du Centre Ville, Athis-Mons

Maitre de Conférences Associé, Département de médecine générale, Université Paris-Sud

Membre du groupe cancer du CNGE

Pierre-Louis Druais,

Médecin généraliste, Centre médical du Halage, Le Port-Marly

Professeur des universités, UFR des sciences de la santé Simone Veil, Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines

Président du CMG

Didier Huot,

Médecin généraliste, Cluses

Membre du groupe cancer du CMG

Emilie Ferrat,

Médecin généraliste, Cabinet médical Joffre, Saint Maur des Fossés,

Maitre de conférences des universités, Université Paris Est Créteil

Responsable du groupe cancer du CNGE

Bernard Frèche,

Médecin Généraliste, Groupe médical Métadier, Royan

Maître de Conférence Associé, Département de Médecine Générale, UFR Poitiers.

Responsable du groupe cancer du CMG

Membre du groupe cancer du CNGE

[Xavier Gocko,](#)

Médecin généraliste, cabinet médical, Roche la Molière

Maître de conférences des universités, Faculté de médecine de Saint-Étienne, Campus santé innovations

Membre du bureau du CNGE

Directeur de la rédaction de la revue exercer

[Sandrine Hild,](#)

Médecin généraliste, Maison de santé Gaston Ramon, La Roche-sur-Yon

Chef de clinique universitaire, Département de médecine générale, Université de Nantes

[Marion Lamort-Bouché,](#)

Médecin généraliste, Cabinet Sainte Blandine, Lyon,

Chargée d'enseignement, Collège Universitaire de Médecine Générale, Université Claude Bernard Lyon 1

Doctorante en épidémiologie, UMRESTTE, UMR T 9405, Université Claude Bernard Lyon 1

Membre du groupe cancer du CNGE

[Julien Le Breton,](#)

Médecin généraliste, Directeur du Centre Municipal de Santé Salvador Allende La Courneuve,

Maître de conférences des universités, Université Paris Est Créteil (UPEC)

Vice-Président de la SFMG

Membre groupe cancer du CMG

Membre du groupe cancer du CNGE

[Cédric Rat,](#)

Médecin généraliste, Pornic

Maître de conférences des universités, Université de Nantes

INSERM U1232, équipe 2 - Centre de Recherche en Cancérologie et Immunologie Nantes Angers

Membre groupe cancer du CMG

Membre du groupe cancer du CNGE

[Vincent Renard,](#)

Médecin généraliste, Cabinet médical Joffre, Saint Maur des Fossés,

Professeur des universités, Université Paris Est Créteil

Président du CNGE

[Marie-Eve Rougé-Bugat,](#)

Médecin généraliste, Maison de santé Pluri professionnelle Universitaire Toulouse,

Professeur des universités, Université Paul Sabatier Toulouse III

DESC cancérologie option 3 « réseaux »

Membre secteur recherche du Bureau du CNGE

Membre groupe cancer du CMG

Membre du groupe cancer du CNGE

[Olivier Saint-Lary,](#)

Médecin généraliste, Centre médical du Hallage, Le Port Marly

Professeur des Universités, UFR des sciences de la santé Simone Veil, Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines

Membre du Conseil scientifique du CNGE

Vice-président du CNGE

Alain Siary.

Médecin généraliste, Savigny-le-Temple

Groupe Princes sur la surmédicalisation

Expert généraliste intervenant dans les DPC en particulier dépistage des cancers; cancer du sein.

Membre du groupe cancer du CMG

Références

1. Organization. WH. The World Health Report 2008: primary health care now more than ever. Geneva. 2008.
2. Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. . Rev Fr Aff Soc 2010;11-20.
3. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Questions d'économie de la santé. . Irdes. 2009 Avril;141.
4. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. 2013 Nov;63(616):e742-50. PubMed PMID: 24267857. Pubmed Central PMCID: PMC3809427. Epub 2013/11/26. eng.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502. PubMed PMID: 16202000. Pubmed Central PMCID: PMC2690145. Epub 2005/10/06. eng.
6. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003 Jun;38(3):831-65. PubMed PMID: 12822915. Pubmed Central PMCID: PMC1360919. Epub 2003/06/26. eng.
7. Beasley JW, Starfield B, van Weel C, Rosser WW, Haq CL. Global health and primary care research. J Am Board Fam Med. 2007 Nov-Dec;20(6):518-26. PubMed PMID: 17954858. Epub 2007/10/24. eng.
8. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, Project. GA, (IRDES). IdRedDeEdIS. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? . Quest Déconomie Santé 2012;8p.
9. Cartier T, Mercier A, Hueas C, Boulet P, Calafiore M, Lerustre S, et al. Propositions pour l'organisation des soins primaires en France. Exercer. 2012;104(212-9).
10. INCa. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique>. 2107.
11. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides. . Institut de veille sanitaire. 2013;122.
12. Madan V, Lear JT, Szeimies RM. Non-melanoma skin cancer. Lancet. 2010 Feb 20;375(9715):673-85. PubMed PMID: 20171403. Epub 2010/02/23. eng.
13. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Ebell M, Epling JW, Jr., et al. Screening for Skin Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2016 Jul 26;316(4):429-35. PubMed PMID: 27458948. Epub 2016/07/28. eng.
14. INCa. <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Comment-prevenir-au-mieux-les-cancers/Principaux-facteurs-de-risque-de-cancer>. 2017.
15. Rouge Bugat ME, Dufosse V, Paul C, Oustric S, Meyer N. Communicating information to the general practitioner: the example of vemurafenib for metastatic melanoma. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 Dec;30(12):e192-e4. PubMed PMID: 26559518. Epub 2015/11/13. eng.
16. Chicoulaa B, Balardy L, Stillmunkes A, Mourey L, Oustric S, Rouge Bugat ME. French general practitioners' sense of isolation in the management of elderly cancer patients. Fam Pract. 2016 Oct;33(5):551-6. PubMed PMID: 27353421. Epub 2016/06/30. eng.
17. INCa. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer. Rapport VICAN 2. 2014.
18. Laporte C, Vaure J, Bottet A, Eschaliere B, Raineau C, Pezet D, et al. French women's representations and experiences of the post-treatment management of breast cancer and their perception of the general practitioner's role in follow-up care: A qualitative study. Health Expect. 2017 Aug;20(4):788-96. PubMed PMID: 27899006. Pubmed Central PMCID: PMC5513018. Epub 2016/11/30. eng.

19. Campbell NC, MacLeod U, Weller D. Primary care oncology: essential if high quality cancer care is to be achieved for all. *Fam Pract.* 2002 Dec;19(6):577-8. PubMed PMID: 12429657. Epub 2002/11/14. eng.
20. Drees. Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital. Etudes et résultats Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2017;1034.
21. Summerton N. Diagnosis and general practice. *Br J Gen Pract.* 2000 Dec;50(461):995-1000. PubMed PMID: 11224975. Pubmed Central PMCID: 1313890. Epub 2001/02/28. eng.
22. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med.* 1961 Nov 02;265:885-92. PubMed PMID: 14006536. Epub 1961/11/02. eng.
23. White KL. Primary care research and the new epidemiology. *J Fam Pract.* 1976 Dec;3(6):579-80. PubMed PMID: 1003128. Epub 1976/12/01. eng.
24. Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001 Jun 28;344(26):2021-5. PubMed PMID: 11430334. Epub 2001/06/30. eng.
25. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet.* 2003 Oct 18;362(9392):1314-9. PubMed PMID: 14575979. Epub 2003/10/25. eng.
26. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. 1961. *Bull N Y Acad Med.* 1996 Summer;73(1):187-205; discussion 6-12. PubMed PMID: 8804749. Pubmed Central PMCID: PMC2359390. Epub 1996/01/01. eng.
27. de Pouvourville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions. Rapport Pouvourville. 2006.
28. Irdes. rapport EHIS-ESPS 2014. 2017.
29. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires Journal Officiel JORF n°0167 2009;texte n° 1
30. Chauvin P, Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé Traité de santé publique.Flammarion Médecine Sciences.
31. Menvielle G, Chastang JF, Luce D, Leclerc A. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique.* 2007;55(2):97-105.
32. CNAMTS. <http://www.jsam-cnamts.fr/>.
33. DREES. Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016 - <http://dreessolidarites-santegouvfr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/les-inegalites-sociales-de-sante-actes-du-seminaire-de-recherche-de-la-drees> 2015-2016.
34. INCa. Plan Cancer <http://wwwwe-cancerfr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>. 2009-2013.
35. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommett R, Earle C, Emery J, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol.* 2015 Sep;16(12):1231-72. PubMed PMID: 26431866. Epub 2015/10/04. eng.
36. ARS. Les inégalités sociales en soins de cancérologie : comprendre pour adapter les pratiques. . 2017.
37. Aubin M, Vezina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, et al. Family physician involvement in cancer care and lung cancer patient emotional distress and quality of life. *Support Care Cancer.* 2011 Nov;19(11):1719-27. PubMed PMID: 20882393. Epub 2010/10/01. eng.
38. Aubin M, Vezina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, et al. Patient, primary care physician and specialist expectations of primary care physician involvement in cancer care. *J Gen Intern Med.* 2012 Jan;27(1):8-15. PubMed PMID: 21751057. Pubmed Central PMCID: PMC3250542. Epub 2011/07/14. eng.
39. Aubin M, Giguere A, Martin M, Verreault R, Fitch MI, Kazanjian A, et al. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jul 11(7):CD007672. PubMed PMID: 22786508. Epub 2012/07/13. eng.

40. Norman A, Sisler J, Hack T, Harlos M. Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives. *Can Fam Physician*. 2001 Oct;47:2009-12, 15-6. PubMed PMID: 11723595. Pubmed Central PMCID: PMC2018446. Epub 2001/11/29. eng.
41. Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, Bailie R, Garvey G, Walpole ET, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv*. 2016 Dec;10(6):990-1011. PubMed PMID: 27138994. Epub 2016/11/04. eng.
42. Coindard G, Barriere J, Vega A, Patrikidou A, Saldanha-Gomes C, Arnould P, et al. What role does the general practitioner in France play among cancer patients during the initial treatment phase with intravenous chemotherapy? A qualitative study. *Eur J Gen Pract*. 2016 Jun;22(2):96-102. PubMed PMID: 26799829. Epub 2016/01/23. eng.
43. Dagada C, Mathoulin-Pelissier S, Monnereau A, Hoerni B. [Management of cancer patients by general practitioners. Results of a survey among 422 physicians in Aquitaine]. *Presse Med*. 2003 Jun 28;32(23):1060-5. PubMed PMID: 12910159. Epub 2003/08/12. Prise en charge des patients cancéreux par les medecins generalistes. Resultats d'une enquete aupres de 42 medecins en Aquitaine. fre.
44. Frenkel M, Engebretson JC, Gross S, Peterson NE, Giveon AP, Sapire K, et al. Exceptional patients and communication in cancer care-are we missing another survival factor? *Support Care Cancer*. 2016 Oct;24(10):4249-55. PubMed PMID: 27169701. Epub 2016/05/14. eng.
45. Stewart M, Belle Brown J, Wayne W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-Centered Medicine transforming the clinical Method. Radcliffe Publishing London- New York. 2013;Third Edition.
46. Wang YY. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Second edition. *International Journal of Integrated Care*. 2005 Jan-Mar 01/21;5:e20. PubMed PMID: PMC1395529.
47. McMillan SC, Small BJ. Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. *Oncol Nurs Forum*. 2002 Nov-Dec;29(10):1421-8. PubMed PMID: 12432413. Epub 2002/11/15. eng.
48. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363(8):733-42. PubMed PMID: 20818875. Epub 2010/09/08. eng.
49. Ministère des Affaires sociales dISedDdf. Loi de modernisation de notre système de santé. http://solidarites-santegouvfr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-santepdf. 2016.
50. Vernant JP, Grunfeld JP. [3rd cancer plan]. *Rev Prat*. 2013 Nov;63(9):1197-8. PubMed PMID: 24422284. Epub 2014/01/16. Le 3e plan cancer. fre.
51. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2012 Jul 3. PubMed PMID: 22752881. Epub 2012/07/04. Eng.
52. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R, et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*. 2008 Aug;9(8):730-56. PubMed PMID: 18639491. Epub 2008/07/22. eng.
53. Yancik R. Population aging and cancer: a cross-national concern. *Cancer J*. 2005 Nov-Dec;11(6):437-41. PubMed PMID: 16393477. Epub 2006/01/06. eng.
54. Davies P. Cancer recognition and primary care. *Br J Gen Pract*. 2002 Mar;52(476):237. PubMed PMID: 12030675. Epub 2002/05/28. eng.
55. Maladie. HCplAdIA. Innovation et système de santé : la prise en charge en cancérologie. Rapport. 2016.
56. Aubin M, Vezina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, et al. Family physician involvement in cancer care follow-up: the experience of a cohort of patients with lung cancer. *Ann Fam Med*. 2010 Nov-Dec;8(6):526-32. PubMed PMID: 21060123. Pubmed Central PMCID: PMC2975688. Epub 2010/11/10. eng.
57. HAS. Parcours de santé. https://wwwhas-santefr/portail/jcms/fc_1250003/fr/parcours-de-sante. 2017.

58. ARS. Parcours de soins. Parcours de santé. Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers. http://www.myobase.org/doc_numphp?explnum_id=11956. 2012.
59. Ménoret M. Les temps du cancer. . CNRS Éditions Paris. 1999.
60. sociale. Lpdsdls. Avis "Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire". <http://www.securite-sociale.fr/Avis-Organiser-la-medecine-specialisee-et-le-second-recours-un-chantier-prioritaire> 2017.
61. Vineis P, Wild CP. Global cancer patterns: causes and prevention. Lancet. 2014 Feb 08;383(9916):549-57. PubMed PMID: 24351322. Epub 2013/12/20. eng.
62. Dossett LA, Hudson JN, Morris AM, Lee MC, Roetzheim RG, Fetter MD, et al. The primary care provider (PCP)-cancer specialist relationship: A systematic review and mixed-methods meta-synthesis. CA Cancer J Clin. 2017 Mar;67(2):156-69. PubMed PMID: 27727446. Pubmed Central PMCID: PMC5342924. Epub 2016/10/12. eng.
63. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988 Summer;15(2):175-83. PubMed PMID: 3378902. Epub 1988/01/01. eng.
64. Moreau A, Kellou N, Supper I, Lamort-Bouché M, Perdrix C, Dupraz C. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. Exercer. 2013;110:268-77.
65. Aubin-Auger I, Laouenan C, Le Bel J, Mercier A, Baruch D, Lebeau JP, et al. Efficacy of communication skills training on colorectal cancer screening by GPs: a cluster randomised controlled trial. Eur J Cancer Care (Engl). 2016 Jan;25(1):18-26. PubMed PMID: 25851842. Epub 2015/04/09. eng.
66. Eisinger F, Pivot X, Greillier L, Couraud S, Cortot AB, Touboul C, et al. [Cancer screening in France: 10 years of analysis of behaviours by the EDIFICE surveys]. Bull Cancer. 2017 Mar;104(3):258-66. PubMed PMID: 28108012. Epub 2017/01/22. Dépistage du cancer en France : 10 ans d'analyse des comportements par les enquêtes EDIFICE. fre.
67. Leuraud K, Jezewski-Serra D, Viguier J, Salines E. Colorectal cancer screening by guaiac faecal occult blood test in France: Evaluation of the programme two years after launching. Cancer Epidemiol. 2013 Dec;37(6):959-67. PubMed PMID: 24035240. Epub 2013/09/17. eng.
68. Le Breton J, Ferrat E, Attali C, Bercier S, Le Corvoisier P, Brixi Z, et al. Effect of reminders mailed to general practitioners on colorectal cancer screening adherence: a cluster-randomized trial. Eur J Cancer Prev. 2016 Sep;25(5):380-7. PubMed PMID: 26340058. Epub 2015/09/05. eng.
69. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Le Breton J. [Cervical cancer screening: women's knowledge and participation]. Sante Publique. 2013 May-Jun;25(3):255-62. PubMed PMID: 24007901. Epub 2013/09/07. Dépistage du cancer du col de l'utérus?: connaissances et participation des femmes. fre.
70. Ferrat E, Le Breton J, Djassibel M, Veerabudun K, Brixi Z, Attali C, et al. Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge. Fam Pract. 2013 Aug;30(4):445-51. PubMed PMID: 23478254. Epub 2013/03/13. eng.
71. Rat C, Houd S, Gaultier A, Grimault C, Quereux G, Mercier A, et al. General practitioner management related to skin cancer prevention and screening during standard medical encounters: a French cross-sectional study based on the International Classification of Primary Care. BMJ Open. 2017 Jan 30;7(1):e013033. PubMed PMID: 28137927. Pubmed Central PMCID: PMC5293869. Epub 2017/02/01. eng.
72. Le Breton J, Journy N, Attali C, Le Corvoisier P, Brixi Z, Bastuji-Garin S, et al. Improving participation in colorectal cancer screening: targets for action. Prev Med. 2012 Nov;55(5):488-92. PubMed PMID: 22926013. Epub 2012/08/29. eng.
73. Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010. . Disponible sur : <http://inpesantepubliquefrance.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/depistages-cancerspdf>. 2010.
74. WHO/OMS. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health. 2008:246.

75. villes-santé-OMS RF. Universalisme proportionné. Lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance. 2017.
76. Rat C, Rocher S, Schmeltz H, Nanin F, Gaultier A, Nguyen J. Factors related to prostate-specific antigen (PSA) testing in primary care: analysis based on a large cohort of French men over the age of 40 years. . Soumis Eur J Cancer Prev 2017.
77. Rat C, Quereux G, Grimault C, Fernandez J, Poiraud M, Gaultier A, et al. Inclusion of populations at risk of advanced melanoma in an opportunistic targeted screening project involving general practitioners. Scand J Prim Health Care. 2016 Sep;34(3):286-94. PubMed PMID: 27467203. Pubmed Central PMCID: PMC5036019. Epub 2016/07/29. eng.
78. Rat C, Pogu C, Le Donne D, Latour C, Bianco G, Nanin F, et al. Effect of Physician Notification Regarding Nonadherence to Colorectal Cancer Screening on Patient Participation in Fecal Immunochemical Test Cancer Screening: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017 Sep 05;318(9):816-24. PubMed PMID: 28873160. Epub 2017/09/06. eng.
79. Rat C, Grimault C, Quereux G, Dagorne M, Gaultier A, Khammari A, et al. Proposal for an annual skin examination by a general practitioner for patients at high risk for melanoma: a French cohort study. BMJ Open. 2015 Jul 29;5(7):e007471. PubMed PMID: 26224016. Pubmed Central PMCID: PMC4521510. Epub 2015/08/01. eng.
80. Rat C, Quereux G, Monegier du Sorbier M, Gaultier A, Bonnaud-Antignac A, Khammari A, et al. Patients at elevated risk of melanoma: individual predictors of non-compliance to GP referral for a dermatologist consultation. Prev Med. 2014 Jul;64:48-53. PubMed PMID: 24726740. Epub 2014/04/15. eng.
81. Bally J, Gocko X, Charles R. Le raisonnement et la décision en médecine. Exercer. 2017;132:189-90.
82. Edwards AG, Naik G, Ahmed H, Elwyn GJ, Pickles T, Hood K, et al. Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Feb 28(2):CD001865. PubMed PMID: 23450534. Epub 2013/03/02. eng.
83. Edwards A, Unigwe S, Elwyn G, Hood K. Effects of communicating individual risks in screening programmes: Cochrane systematic review. BMJ. 2003 Sep 27;327(7417):703-9. PubMed PMID: 14512475. Pubmed Central PMCID: PMC200799. Epub 2003/09/27. eng.
84. CMG. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale?
http://www.lecmgfr/livreblanc/docs/140108_enregistrement_situation_sociale_dossier_mg_version30pdf. 2014.
85. Wilson J, Junger G. Principles and practices of screening for disease. Geneva, Switzerland, World Health Organization. Public health papers 1968;39:163.
86. Jamouille M. La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste. Prim Care. 2012;12:136–7
87. Widmer D, Herzig L, Jamouille M. [Quaternary prevention: is acting always justified in family medicine?]. Rev Med Suisse. 2014 May 14;10(430):1052-6. PubMed PMID: 24930150. Epub 2014/06/17. Prevention quaternaire: agir est-il toujours justifié en médecine de famille? fre.
88. Médecins ICNdIOd. https://http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php - /page-2. 2015.
89. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Jun;56(3):159-75. PubMed PMID: 18547762. Epub 2008/06/13. eng.
90. de Vries NM, Staal JB, van Ravensberg CD, Hobbelen JS, Olde Rikkert MG, Nijhuis-van der Sanden MW. Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. Ageing Res Rev. 2011;10(1):104-14.
91. Rouge Bugat ME, Balardy L, Chicoulaa B, Cesari M, Gerard S, Nourashemi F. "Frailty" in geriatrics and oncology: one term for two widely differing concepts. J Am Med Dir Assoc. 2014 Jul;15(7):528-30. PubMed PMID: 24835855. Epub 2014/05/20. eng.

92. Subra J, Rougé-Bugat M-E, Balardy L, Bismuth S, Gilette-Guyonnet S, Vellas B, et al. Gait speed : a new "vital sign" for older persons in primary care. *J Frailty Aging*. 2012;1(2):71-89.
93. [Social aspects and cancer: information dedicated to cancer patients and relatives]. *Bull Cancer*. 2005 Dec;92(12):1093-113. PubMed PMID: 16396756. Epub 2006/01/07. Demarches sociales et cancer Information a l'usage des personnes malades et de leurs proches. fre.
94. Rouge-Bugat ME, Lassoued D, Bacrie J, Boussier N, Delord JP, Oustric S, et al. Guideline sheets on the side effects of anticancer drugs are useful for general practitioners. *Support Care Cancer*. 2015 Dec;23(12):3473-80. PubMed PMID: 25814443. Epub 2015/03/31. eng.
95. Merrouche Y, Freyer G, Saltel P, Rebattu P. Quality of final care for terminal cancer patients in a comprehensive cancer centre from the point of view of patients' families. *Support Care Cancer*. 1996 May;4(3):163-8. PubMed PMID: 8739647. Epub 1996/05/01. eng.
96. Rivière S, Cadéac-Birman, Chevalier A, Valenty M. Surveillance de la santé au travail : exemple de la « Quinzaine Maladie à Caractère Professionnel (MCP) » en Midi-Pyrénées, France, novembre 2006. *BEH*. 2008;32.
97. Rivière S, Cadeac-Birman H, Valenty M, Pulicani J, Chevalier A. Les Maladies à Caractère Professionnel et les Maladies professionnelles reconnues au Régime général de sécurité sociale en Midi-Pyrénées : période 2005-2008. *DIRECCTE*. 2010;INVS.
98. Imbernon E. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. *Institut de Veille Sanitaire*. 2003.
99. Rouge-Bugat ME, Herin F, Julien S, Oustric S, Forichon E, Delaperche F, et al. [Compensable occupational disease and cancer: how to improve the recognition rate? "Cursus Laboris" Project in Midi-Pyrenees: feasibility study]. *Bull Cancer*. 2012 Oct;99(10):927-34. PubMed PMID: 23034392. Epub 2012/10/05. Cancer et maladie professionnelle indemnizable : comment ameliorer le taux de reconnaissance ? Projet Cursus Laboris en Midi-Pyrenees : etude de faisabilite. fre.
100. Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Stewart J, et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract*. 1999 Sep;49(446):705-10. PubMed PMID: 10756611. Pubmed Central PMCID: PMC1313497. Epub 2000/04/11. eng.
101. Grunfeld E. Looking beyond survival: how are we looking at survivorship? *J Clin Oncol*. 2006 Nov 10;24(32):5166-9. PubMed PMID: 17093281. Epub 2006/11/10. eng.
102. Moulis F, Moulis G, Balardy L, Gerard S, Sourdet S, Rouge-Bugat ME, et al. Searching for a polypharmacy threshold associated with frailty. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Mar;16(3):259-61. PubMed PMID: 25548031. Epub 2014/12/31. eng.
103. Rouge Bugat ME, Brechemier D, Balardy L. Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication Use Among Senior Adults With Cancer: What Is the Best Approach? *J Clin Oncol*. 2015 Dec 01;33(34):4123-4. PubMed PMID: 26351346. Epub 2015/09/10. eng.
104. Rouge-Bugat ME, Bourgouin M, Gerard S, Lozano S, Brechemier D, Cestac P, et al. Drug prescription including interactions with anticancer treatments in the elderly: A global approach. *The journal of nutrition, health & aging*. 2017;in press.