

Les médecins généralistes en Poitou-Charentes

La prise en charge des cancers après le diagnostic de la maladie

Le nombre de nouveaux cas de cancer est estimé à environ 385 000 pour l'année 2015 en France métropolitaine [1]. Sa forte progression au cours des 30 dernières années est liée aux évolutions démographiques (accroissement et vieillissement de la population) et aux diagnostics améliorés et plus précoces. Ces derniers, conjugués aux progrès thérapeutiques, ont contribué à la diminution du risque de décéder d'un cancer. Avec près de 150 000 décès estimés en 2015 [1], le cancer représente néanmoins la première cause de mortalité en France.

Du fait de l'augmentation du nombre de cancers associée à la diminution de la mortalité, la prévalence totale de la maladie, estimée à environ 3 millions d'individus [1], se montre en hausse. Devant l'ampleur de la maladie, la prise en charge de ces personnes constitue un défi majeur. Elle ambitionne un parcours de santé qui repose sur une approche personnalisée et multidisciplinaire devant prendre en compte l'ensemble des besoins physique, psychologique et social.

Dans ce contexte, et comme le souligne le Plan cancer 2014-2019 [2], le suivi du patient doit se poursuivre sans rupture après la phase aigüe du traitement. Aussi, le dernier plan revendique la place du généraliste dans la prise en charge après cancer ainsi que l'amélioration de la coordination ville-hôpital et les échanges d'information entre professionnels. Les agences régionales de santé (ARS), responsables de sa déclinaison dans leur région, doivent planifier l'intervention des différents acteurs impliqués dans les prises en charge et assurer la lisibilité de cette organisation.

Le rôle des médecins généralistes au sein de ce système est central, de même que la coordination des soins entre la ville et l'hôpital. L'enquête réalisée dans le cadre du troisième panel national de médecins généralistes libéraux (encadré 1) avait pour finalité de décrire leur implication dans la prise en charge des patients cancéreux, d'identifier leurs difficultés et d'appréhender leurs échanges avec les équipes spécialisées et les autres professionnels.

En substance...

En 2015, la quasi-totalité des médecins généralistes de l'ex-région Poitou-Charentes a été concernée par des demandes de mise en affection de longue durée pour un cancer : 56 % des praticiens ont rempli plus de 10 dossiers et 15 % plus de 20. Les médecins jugent globalement important leur rôle dans la prise en charge notamment dans l'accompagnement des patients en fin de vie (72 %), le soutien psychologique (62 %) et la gestion de la douleur (58 %). Malgré leur place majeure, ils sont plus d'un tiers à n'avoir ni formation oncologique ni lien avec un réseau. Parmi les difficultés les plus fréquemment rencontrées, plus des deux tiers citent la gestion des effets indésirables des traitements, la prise en charge des séquelles et l'accompagnement des patients en fin de vie. Un défaut de transmission de l'information dans le sens hôpital-ville est aussi mis en avant.

ENCADRÉ 1. PANEL D'OBSERVATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Le **Panel national de médecins généralistes libéraux**, a été mis en place grâce à un partenariat entre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), l'Unité Mixte de Recherche 912 (Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale) (UMR SESSTIM), les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professions de santé médecins libéraux (URPS-ml) de trois régions (Poitou-Charentes, Pays de la Loire et Provence Alpes – Côte d'Azur). Il a été interrogé cinq fois entre 2014 et 2016, au rythme d'une enquête par semestre. L'anonymat et le respect de la confidentialité des données sont garantis, conformément aux recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Les données présentées dans ce document ont été recueillies **entre décembre 2015 et mars 2016** auprès d'un échantillon représentatif de **227 médecins généralistes** (hors mode d'exercice particulier exclusif) de l'ex-région Poitou-Charentes.

La cancérologie dans l'activité des médecins généralistes

Des acteurs relativement peu formés à la cancérologie

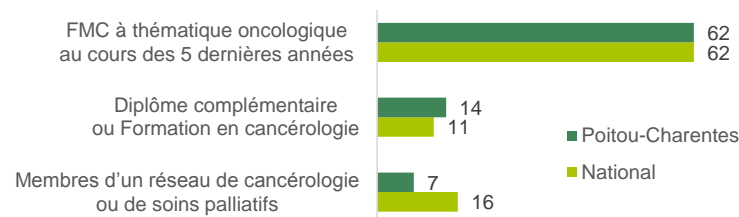
En Poitou-Charentes, comme au niveau national, 6 médecins généralistes sur 10 ont suivi au cours des 5 dernières années une formation médicale continue sur un thème oncologique (Figure 1). Aussi, 14 % ont un diplôme complémentaire ou une formation en cancérologie (11 % au niveau national). Enfin, 7 % sont membres d'un réseau régional de cancérologie (RRC) ou de soins palliatifs contre 16 % au niveau national. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'adhésion au RRC n'est pas individuelle (d'où une interprétation de la question qui n'est peut-être pas la même qu'ailleurs) et que peu de réseaux de soins palliatifs existent dans la région. Ainsi, la proportion des médecins sans formation oncologique ni lien avec un réseau atteint 35 % (près d'un tiers au niveau national).

Les revues médicales nationales représentent la première source d'information sur le cancer (89 %) suivies par les confrères spécialistes (85 %). Près des deux tiers des généralistes utilisent les guides de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé et la moitié les référentiels régionaux de cancérologie. Plus de la moitié des médecins (56 %) consultent également des sites du web.

Des demandes de mise en affection de longue durée (ALD) pour un cancer plus fréquentes qu'au niveau national

Afin d'estimer la place de la cancérologie dans leur activité, les panelistes ont été interrogés sur le nombre de dossiers de demande d'admission en ALD remplis, soit le nombre de nouveaux patients atteints d'un cancer dans leur patientèle. Au cours de l'année 2015, la quasi-totalité des praticiens a été concernée. En Poitou-Charentes, 56 % des généralistes ont rempli plus de 10 dossiers, soit 10 points de plus qu'au niveau national, et 15 %

Figure 1. Formations des médecins généralistes en lien avec la cancérologie (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-mi Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la santé - Drees.

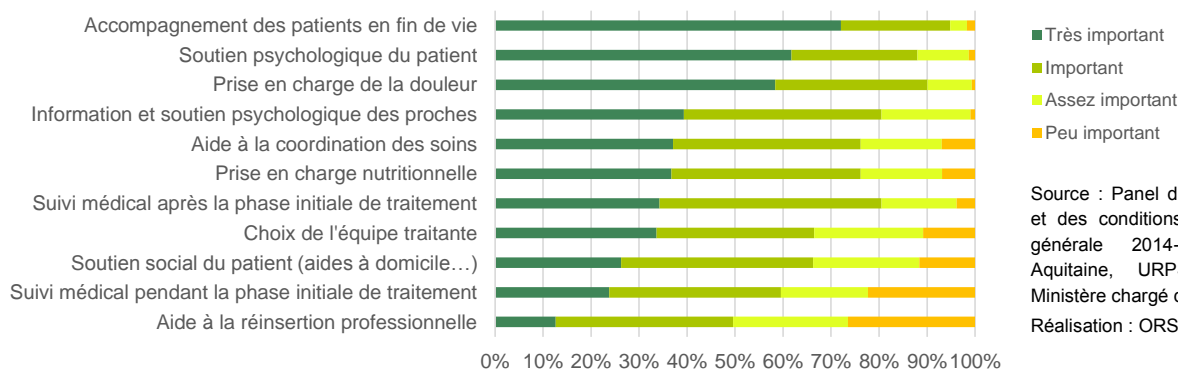
Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

plus de 20 *versus* 11 % au niveau national. Les médecins formés à la cancérologie et/ou appartenant à un réseau sont plus nombreux à avoir rempli plus de 10 dossiers de demande de mise en ALD (60 % contre 45 %).

Un rôle globalement perçu comme important dans la prise en charge des patients cancéreux

Les principaux aspects de la prise en charge pour lesquels les praticiens jugent leur rôle très important sont l'accompagnement des patients en fin de vie (72 %), le soutien psychologique (62 %) et la prise en charge de la douleur (58 %) (Figure 2). A l'inverse, les généralistes semblent moins investis concernant le suivi médical pendant la phase initiale de traitement et l'aide à la réinsertion professionnelle avec environ un quart d'entre eux évaluant leur rôle peu important.

Figure 2. Importance perçue du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients ayant un cancer (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-mi Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la santé - Drees.

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

ENCADRÉ 2. LE RÔLE DU RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE



Créé en 2006 dans le cadre du Plan Cancer 2003-2007, le **réseau Onco-Poitou-Charentes** œuvre pour garantir à tous les patients atteints de cancer, par une harmonisation des pratiques, une équité d'accès à des soins de qualité en cancérologie, quel que soit le lieu de prise en charge. Il anime et coordonne l'activité des acteurs de santé, tout en leur apportant un appui opérationnel. Ses actions s'articulent autour des missions suivantes :

- Diffuser et informer sur les **recommandations nationales**, les **référentiels régionaux**, et les outils d'aide à la pratique ;
- Promouvoir le partage de l'information médicale via le **dossier communicant de cancérologie (DCC)** ;
- Informer les professionnels de santé, les patients et leurs proches (www.onco-poitou-charentes.fr) ;
- Aider à la **formation continue** des professionnels (ex : rencontres régionales de cancérologie) ;
- Evaluer les pratiques professionnelles en réseau ;
- Recueillir et analyser les données régionales de cancérologie.

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit de conforter le rôle d'appui des RRC auprès des ARS, d'actualiser leurs missions et leurs articulations avec les acteurs et structures de proximité, afin de fluidifier les parcours des patients, du dépistage aux soins.

Les relations du médecin généraliste avec les équipes spécialisées

9 % des médecins ne disposent d'aucun document lors de la consultation au moment ou dans les suites de l'annonce

Dans 8 cas sur 10, le médecin a participé à l'annonce de la maladie de son dernier patient pour lequel un diagnostic de cancer avait été posé. Dans 54 % des cas, il a même été le premier à l'évoquer. A leur connaissance, plus de la moitié de leurs patients (55 %) n'auraient pas bénéficié d'une consultation d'annonce telle qu'elle est prévue dans le plan cancer 2003-2007 (43 % au niveau national).

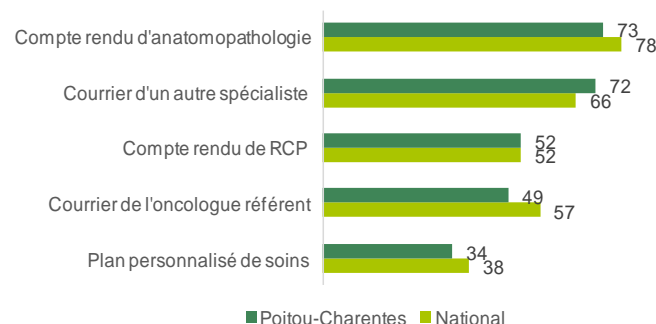
Lors de la consultation au moment ou dans les suites de l'annonce, près des trois quarts des praticiens disposaient du compte rendu d'anatomopathologie (CA) ou d'une lettre d'un confrère spécialiste (Figure 3). Seulement la moitié possédait un compte-rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ou un courrier de l'oncologue référent. Enfin, un tiers disposait du programme personnalisé de soins (PPS). Au final, 9 % d'entre eux n'avaient aucun document lors de cette consultation. Seuls 28 % des médecins disposaient d'une information complète, telle qu'elle est recommandée dans le plan cancer (CA, RCP et PPS).

Une communication de l'hôpital vers la ville à améliorer

Parmi les praticiens, 11 % déclarent avoir déjà participé à une RCP concernant l'un de leurs patients (10 % au niveau national). Les médecins appartenant à un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs sont plus nombreux à y avoir participé (29 % contre 10 %).

Si plus de 8 généralistes sur 10 estiment « toujours » ou « souvent » que les consignes reçues de l'équipe ou du médecin spécialisé sont claires et qu'elles correspondent à leurs besoins, seulement 55 % indiquent toutefois les recevoir dans les temps (Tableau 1).

Figure 3. Eléments à disposition du médecin généraliste au moment ou dans les suites de l'annonce d'un cancer (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-mi Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la santé - Drees.
Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Près des deux tiers des généralistes déclarent être informés « toujours » ou « souvent » de ce qui a été dit au patient sur son diagnostic, mais moins d'un tiers est mis au fait sur son pronostic. Enfin, à peine la moitié des praticiens dit avoir « toujours » ou « souvent » connaissance des effets secondaires attendus des traitements.

Quant à la faisabilité du retour ou du maintien à domicile, près d'un tiers des panelistes indique ne jamais être sollicité pour donner un avis.

Tableau 1. Fréquence perçue par le médecin généraliste des échanges d'information dans le sens hôpital-ville (%)

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
<i>En général, diriez-vous que les consignes que vous recevez de l'équipe ou du médecin spécialisé</i>				
sont claires ?	28	56	16	1
correspondent à vos besoins ?	15	67	15	3
vous parviennent dans les temps ?	12	43	40	5
<i>Êtes-vous informé(e) par l'équipe ou le médecin spécialisé</i>				
de ce qui a été dit au patient sur son diagnostic ?	30	34	20	16
des effets secondaires attendus des traitements ?	18	31	32	19
de ce qui a été dit au patient sur son pronostic ?	10	19	39	32
<i>Êtes-vous sollicité(e) pour donner un avis sur la faisabilité du retour ou du maintien à domicile ?</i>				
	6	18	44	32

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-mi Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la santé - Drees.
Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

ENCADRÉ 3. LES INFIRMIÈRES DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE

Dans le cadre de l'instruction de la DGOS (juillet 2014) relative à l'engagement d'une seconde phase d'expérimentation du dispositif des infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC), deux expérimentations sont actuellement en cours dans l'ex-région Poitou-Charentes : Au sein de la MSP de Bignoux (Vienne), depuis juillet 2016, et du pôle de santé de Thouars (Deux-Sèvres). Le rôle de l'IDEC est de garantir aux patients une fluidité de leur prise en charge au cours des différentes phases de leurs parcours. Ainsi, elle intervient auprès des professionnels de santé pour faciliter le lien avec les services hospitaliers, elle permet d'anticiper les situations complexes afin d'éviter certaines ré-hospitalisations, et facilite les échanges entre les professionnels de santé de proximité. Ses interventions auprès des patients visent à les accompagner dans l'évaluation de leurs besoins (ETP), à les orienter et à les soutenir dans la réalisation de leur démarche de soins et de santé sous le couvert de l'éducation thérapeutique et de soins de support. Les premiers éléments d'évaluation tendent à montrer que des hospitalisations ont été évitées, que l'observance des thérapies orales et de l'hormonothérapie est grandement améliorée et que la qualité de vie des patients s'est améliorée.

Les pratiques des médecins généralistes dans le suivi du traitement initial

Des difficultés exprimées sur de nombreuses dimensions de la prise en charge

La gestion des effets indésirables des traitements, la prise en charge des séquelles et l'accompagnement de la fin de vie sont les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les médecins dans la prise en charge des patients cancéreux (Figure 4). Il sont ainsi plus des deux tiers à déclarer avoir, sur ces sujets, des difficultés assez à très importantes. Seule la surveillance entre les cures de chimiothérapie pose des difficultés à moins de la moitié des praticiens. Les analyses menées au niveau national montrent que les difficultés ressenties sont principalement liées au sentiment d'insatisfaction dû au défaut de transmission de l'information par les confrères spécialistes [3].

Les difficultés sexuelles, un sujet peu abordé

Au cours du suivi, les deux tiers des généralistes évoquent les éventuelles difficultés sexuelles seulement à la demande du patient (Figure 5). Un praticien sur quatre aborde ces difficultés uniquement avec les patients qu'il considère les plus exposés du fait de la localisation de leur cancer. Au final, seuls 5 % évoquent ce sujet avec chacun de leurs patients cancéreux.

91 % des praticiens estiment que l'hormonothérapie à long terme réduit le risque de récurrence du cancer du sein

La quasi-totalité des médecins est d'avis que l'hormonothérapie adjuvante à long terme réduit le risque de récurrence du cancer du sein hormono-sensible. Près de la moitié (43 %) pense que la non-observance de ces traitements est fréquente. Les praticiens semblent manquer d'informations au sujet de l'utilisation du tamoxifène chez la femme ménopausée présentant des douleurs articulaires et de son interruption lorsqu'il y a un désir d'enfant.

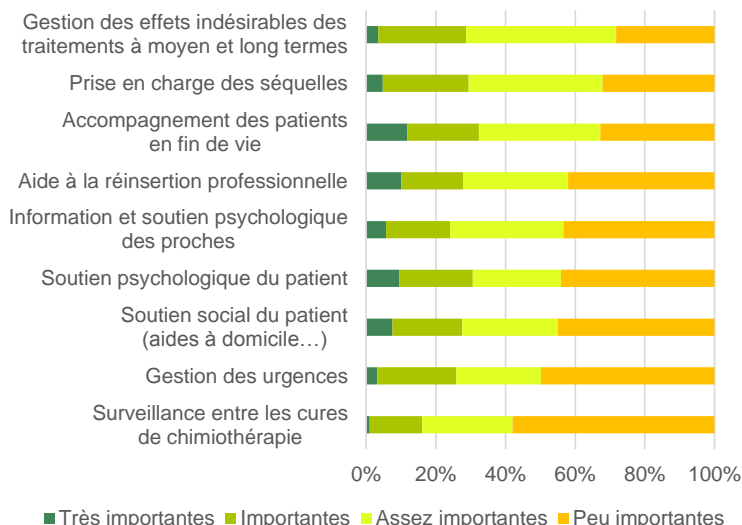
A peine un généraliste sur deux dispose d'un contact d'un référent en diététique ou d'un service social

Dans le cadre du suivi à distance du traitement initial, le médecin traitant a une place importante dans la coordination de la surveillance des récurrences, dans le traitement de la douleur et l'évaluation des besoins en soins de support. La grande majorité des généralistes possède les coordonnées d'un professionnel référent à joindre si besoin pour la prise en charge de la douleur (85 %) et pour la suspicion d'effet indésirable d'un traitement (76 %). Ils sont bien moins nombreux à disposer des coordonnées d'un professionnel référent pour la diététique (49 %) et d'un service social (46 %).

Des recommandations peu fréquentes aux médecines non conventionnelles pour la gestion de la douleur

Plus de la moitié des médecins (57 %) préconisent l'acupuncture à leurs patients cancéreux qui souffrent, soit davantage que l'hypnose (42 %). Toutefois, une minorité les recommande « systématiquement » ou « souvent » : 15 % pour l'acupuncture et 12 % pour l'hypnose. Ces recommandations des médecines non conventionnelles sont généralement associées aux traitements allopathiques (Figure 6).

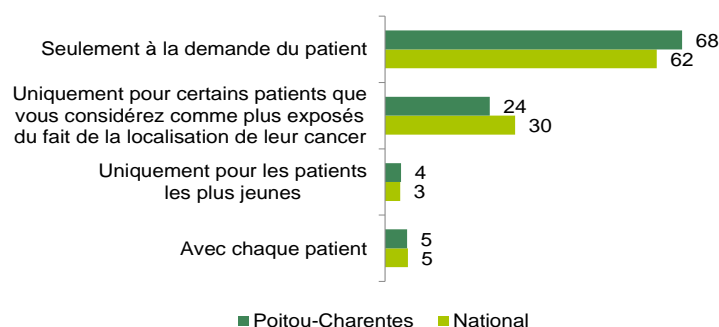
Figure 4. Difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients atteints de cancer (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-ml Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la santé - Drees.

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

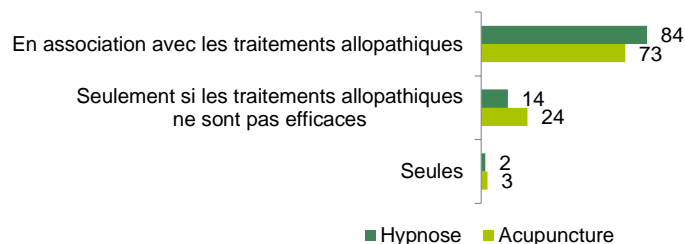
Figure 5. Proportion de médecins généralistes déclarant évoquer les difficultés sexuelles avec leurs patients atteints de cancer (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-ml Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la santé - Drees.

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Figure 6. Nature des recommandations des médecins généralistes préconisant les médecines non conventionnelles à leurs patients atteints de cancer pour la gestion de la douleur (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-ml Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la santé - Drees.

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

La vaccination chez les personnes traitées pour un cancer

Le vaccin contre la grippe davantage proposé que celui contre le pneumocoque, même si la vaccination reste sous-utilisée pour cette population à risque

Près des trois quarts des médecins généralistes proposent « toujours » ou « souvent » le vaccin contre la grippe saisonnière aux patients ayant une tumeur traitée par chimio ou radiothérapie (74 %) ou une hémopathie maligne (73 %) (Figure 7) (*versus* 70 % et 68 % au niveau national). Cette part descend à respectivement 37 % et 51 % pour la vaccination contre le pneumocoque (*versus* 38 % et 50 % au niveau national).

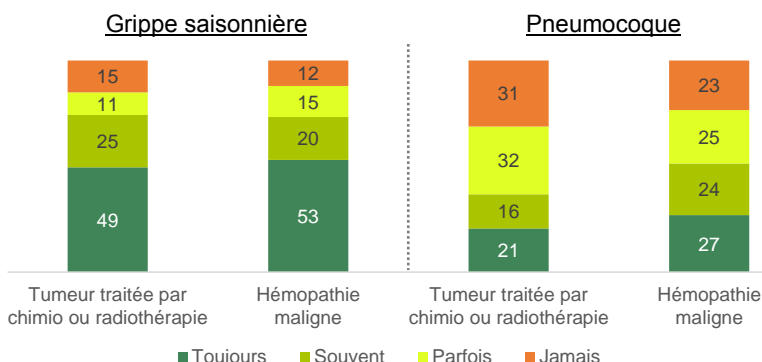
Des médecins convaincus de l'utilité des vaccins et de leur innocuité chez les patients traités pour un cancer

Plus de 9 médecins sur 10 pensent que la vaccination contre la grippe est efficace pour leurs patients traités pour un cancer (Tableau 2). Ils sont autant à juger que la vaccination contre le pneumocoque est efficace pour leur éviter des infections graves. Toutefois, 21 % des praticiens considèrent que la vaccination contre la grippe peut entraîner des effets secondaires graves ; cette proportion baissant à 11 % pour la vaccination contre le pneumocoque. Enfin, 86 % des praticiens estiment que ces patients ont un risque plus important que les autres de contracter la grippe, et 95 % de faire une complication. De même, plus de 9 médecins sur 10 pensent qu'ils ont un risque accru de faire une pneumonie à pneumocoque. Malgré le peu d'objection face à ces vaccins, ils restent insuffisamment proposés à cette population à risque.

La vaccination, un rôle partagé entre médecins généralistes et onco-hématologues

S'agissant de leurs patients cancéreux, 93 % des praticiens jugent que c'est leur rôle de proposer la vaccination et presque autant (91 %) estiment que c'est le rôle des onco-hématologues. Parmi les médecins, 79 % indiquent ne jamais avoir été confrontés à des recommandations de spécialistes différentes des leurs, et 20 % parfois. Enfin, la quasi-totalité déclare suivre, en général, l'avis de l'onco-hématologue.

Figure 7. Propositions de vaccination contre la grippe saisonnière et le pneumocoque chez les patients ayant une hémopathie maligne ou une tumeur traitée par chimio ou radiothérapie (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-ml Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la santé - Drees.

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Tableau 2. Proportions de médecins généralistes approuvant les affirmations suivantes sur la vaccination contre la grippe saisonnière et le pneumocoque chez les patients traités pour un cancer (%)

Concernant les patients traités pour un cancer, pensez-vous	Oui / plutôt oui
<i>que la vaccination contre la grippe...</i>	
est efficace pour leur éviter de contracter la maladie ?	94
est efficace pour les protéger des complications ?	92
peut entraîner des effets secondaires graves ?	21
<i>que la vaccination contre le pneumocoque...</i>	
est efficace pour leur éviter des infections graves ?	94
peut entraîner des effets secondaires graves ?	11
<i>qu'ils ont un risque plus important que les autres patients...</i>	
de contracter la grippe ?	86
de faire une complication de la grippe ?	95
de faire une pneumonie à pneumocoque ?	91

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-ml Nouvelle-Aquitaine, Ministère chargé de la santé - Drees.

Réalisation : ORS Nouvelle-Aquitaine

ENCADRÉ 4. VACCINATION DES PERSONNES IMMUNODÉPRIMÉES ET/OU ASPLÉNIQUES



La vaccination des personnes atteintes d'une immunodépression congénitale ou acquise, et/ou aspléniques, présente des particularités justifiant des recommandations spécifiques. Le Haut Conseil de la santé publique a actualisé ses recommandations vaccinales en fonction des situations pour les adultes et les enfants (infection par le VIH, transplantation d'organe solide, traitement par chimiothérapie...) [4]. La vaccination des personnes immunodéprimées et/ou aspléniques est sous-utilisée pour la prévention du risque infectieux dans ces populations à risque. Ces recommandations ont notamment comme objectif d'améliorer la couverture vaccinale de ces populations, d'harmoniser les pratiques et *in fine* de diminuer leur morbidité et mortalité.

Les médecins, généralistes et spécialistes, ont pour mission de vacciner ces patients et leur entourage, si possible au cours de consultations dédiées. La mise à jour des vaccinations doit se faire le plus tôt possible au cours de la maladie, si possible avant la mise en route du traitement immunosuppresseur. De façon générale, les vaccins vivants sont contre-indiqués en cas d'immunosuppression. Les vaccins recommandés sont ceux du calendrier vaccinal en vigueur comme pour la population générale et ceux spécifiquement recommandés dans le cadre de l'immunodépression (grippe et pneumocoque en particulier).

L'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS) a également mis à jour, en décembre 2013, un référentiel sur les vaccins et chimiothérapies chez l'adulte : <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/vaccination-et-cancer/>

LE PLAN CANCER 2014-2019

La complexité de la prise en charge des cancers nécessite d'accompagner la personne malade pour ne pas la laisser seule planifier son parcours de soins. Le 3^{ème} plan de lutte contre le cancer (2014-2019) [2] donne aux médecins généralistes les moyens d'orienter le patient dans des délais rapides vers les équipes spécialisées dès le diagnostic de cancer ; il s'attache à ce que sa prise en charge soit conforme à ses besoins, à ses spécificités, à ses difficultés ; l'après-cancer doit être anticipé. Cette ambition implique une coordination et des échanges d'information entre professionnels de la ville et de l'hôpital. Aussi, à travers ses 17 objectifs et les nombreuses actions qu'il met en œuvre, le Plan cancer veut notamment :

• Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge (Objectif 2)

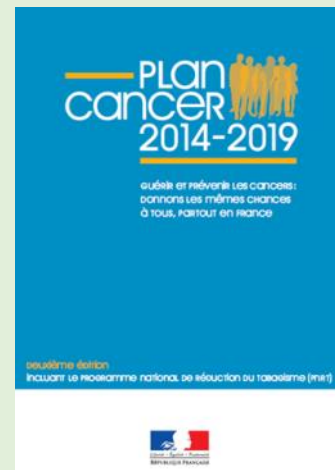
La prise en charge en cancérologie évolue (augmentation des prises en charge à domicile et développement des allers et retours ville-hôpital) en sollicitant plus fortement les professionnels de premier recours. Les échanges d'information ville-hôpital, formalisés lors des moments clés du parcours (moments de passage de relais), doivent plus largement inclure les professionnels de premier recours dans toutes leurs composantes, afin de favoriser leur coordination et accroître leur réactivité. Le système mis en place doit permettre également aux professionnels de ville de transmettre à l'hôpital des informations sur leur connaissance de l'environnement psychosocial du patient et sur les éléments issus de la surveillance au domicile. Cela implique la nécessité de généraliser l'informatisation des processus de soins en cancérologie en ville comme à l'hôpital et d'améliorer le partage et l'échange sécurisé des informations entre professionnels par la mise en place d'un dossier communicant de cancérologie (DCC).

• Assurer des prises en charge globales et personnalisées (Objectif 7)

Le Plan cancer vise à mettre en place les conditions pour passer d'un parcours de soins en cancérologie à un parcours de santé assurant une continuité de la prise en charge, sans rupture, et répondant à l'ensemble des besoins des personnes atteintes et de leurs proches. Le parcours doit débuter dès la forte suspicion de cancer ou le diagnostic, se dérouler pendant les traitements actifs (par chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie) et se poursuivre au-delà pour la surveillance et le suivi. S'appuyant sur une organisation coordonnée et multidisciplinaire, le parcours repose sur une approche personnalisée prenant en considération l'ensemble des besoins au plan physique, psychologique et social.

L'action 7.1 veut garantir aux malades avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours un premier rendez-vous avec une équipe de cancérologie adéquate dans un délai rapide dès la forte suspicion ou la confirmation du diagnostic. À cette fin, l'organisation de la prise en charge en cancérologie sera rendue plus lisible et un numéro de téléphone dédié au médecin traitant sera mis en place par les services hospitaliers et les structures de coordination en cancérologie.

Dans la logique de fluidification et de continuité des prises en charge, l'action 7.4 énonce que l'équipe hospitalière ayant initié le traitement doit s'assurer que le suivi du patient se poursuivra, sans rupture, à l'issue de la phase aiguë du traitement. Il s'agit de « passer le relais » aux professionnels de premier recours et notamment au médecin traitant, à l'occasion de la consultation qui se tient à la fin des traitements actifs, et de formaliser cette étape par la remise d'un programme personnalisé de suivi et de surveillance pour la période de l'après-cancer.



Références bibliographiques :

- [1] Les cancers en France, édition 2016, collection Les Données, Institut national du cancer, avril 2017. 247 p.
- [2] République Française. Plan Cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers: donnons les mêmes chances à tous, partout en France. 150 p.
- [3] Suivi des patients atteints de cancers : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital. Études et résultats n°1034, octobre 2017. 8 p.
- [4] Haut Conseil de Santé Publique. Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques. Recommandations. Collection Avis et rapports 2^e édition. 2014. 166 p.

Remerciements

A tous les médecins généralistes libéraux de l'ex-région Poitou-Charentes qui participent à ce Panel et contribuent ainsi à la connaissance des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes de la région.

Pour nous citer :

ORS Nouvelle-Aquitaine, URPS-ml Nouvelle-Aquitaine. **Les médecins généralistes en Poitou-Charentes et la prise en charge des cancers après le diagnostic de la maladie.** Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Décembre 2017. N° 7. 6 p.

Cette publication est téléchargeable sur le site ORS Nouvelle-Aquitaine (www.ors-na.org)

Courriel : contact@ors-na.org

Siège social : 102 cours du Maréchal Juin 33000 BORDEAUX - Tél. 05 56 56 99 71

Site de Poitiers : 203 route de Gençay 86280 SAINT BENOIT - Tél. 05 49 38 33 12

Site de Limoges : 4 avenue de la Révolution 87000 LIMOGES - Tél. 05 55 32 03 01

PANEL D'OBSERVATION DREES
des pratiques et des conditions d'exercice ORS
en Médecine Générale URPS Médecins Libéraux

