

Année 2018

2018 TOU3 1135

THÈSE

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement
par

Magali BERGES

Le 11 Décembre 2018

**LA PRÉ-ANNONCE DE CANCER EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
État des lieux et analyse**

Directeur de thèse : Docteur Vladimir DRUEL

JURY :

Madame le Professeur Marie-Ève ROUGE-BUGAT

Madame le Professeur Rosine GUIMBAUD

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Monsieur le Docteur Vladimir DRUEL

Présidente

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSÉY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHE Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	P.U. Médecine générale	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. KAMAR Nassim	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYASSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leïla

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT,

Je te remercie sincèrement pour ton aide et ton soutien dès le début de ce travail de thèse, ainsi que pour ta gentillesse et ta bienveillance.

Tu me fait l'honneur de présider ce jury, reçois ici le témoignage de mon profond respect.

A Madame le Professeur Rosine GUIMBAUT,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, vous me faites l'honneur d'assister à ma thèse et je vous en suis très reconnaissante.

Recevez le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury, merci de l'intérêt que vous avez porté à ce travail de thèse et pour votre implication au sein du département de médecine générale.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Vladimir DRUEL,

Un grand merci d'avoir accepté de te lancer dans ce projet avec moi, de t'être tant investi et de m'avoir guidé. Merci pour ta patience, ta disponibilité et ta bonne humeur toujours présente. Cela a été un réel plaisir de travailler avec toi.

Sois assuré de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A tous les patients et tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude et qui m'ont permis de la réaliser, je vous suis infiniment reconnaissante.

Je remercie également : les médecins qui m'ont aidé dans l'élaboration et la critique du questionnaire. Un merci particulier pour Anaëlle d'avoir pris le temps de me donner un vrai regard critique ; et Virginie, merci pour ta bonne humeur et ton aide dans le recueil des dossiers médicaux et des questionnaires.

Aux médecins et aux équipes soignantes qui ont marqué mon internat :

Aux Dr Frédéric DEL MAZO, Dr Cécile LEPAPE et Dr Loïc SALVAN et toute l'équipe du SSR de Saint Girons. Merci pour ce premier semestre qui a débuté en douceur, je ne pouvais rêver mieux pour faire mes premiers pas d'interne. Merci pour tout ce que vous m'avez appris et votre bonne humeur.

A l'équipe des urgences de Castres, merci pour ce que vous m'avez transmis.

Aux Dr Jacky et Henry-jean MARSEILLAN, merci pour votre accueil chaleureux et votre gentillesse. J'ai beaucoup aimé travailler avec vous. Vous m'avez fait découvrir la médecine rurale et le Gers, je vous en suis reconnaissante.

Aux Dr Cyrile BELLANGER et Dr Alain FONVIELLE, merci d'avoir partagé avec moi votre quotidien et votre bonne humeur. Merci pour ce que vous m'avez transmis et d'avoir confirmé mon envie d'exercer la médecine générale libérale en milieu rural ou semi-rural.

A l'équipe d'oncologie du 1A, merci pour votre dynamisme et votre écoute. Merci aux Dr Dorra KANOUN et Dr Marie-Eve ROUGE-BUGAT pour votre disponibilité et votre bienveillance. Merci aux médecins et à l'équipe de l'HDJ de médecine interne pour votre gentillesse et votre disponibilité.

Aux Dr Philippe CARRE et Dr Bérandère BARTROT. Merci pour ce SASPAS où je me suis épanouie grâce à vous. Merci pour ce que vous m'avez transmis, pour votre écoute et votre gentillesse.

A ma famille,

A mes parents, merci d'avoir cru en moi dès le début et jusqu'à la fin de ces longues études. Merci de m'avoir soutenue dans les bons moments comme dans les plus difficiles.

Merci pour tout l'amour que vous m'apportez.

Merci papa d'avoir relu attentivement ce travail.

A Papi et Tatie, merci de prendre soin de moi comme vous le faite. Merci Papi pour ces bons moments passés ensemble au jardin et pour tout ce que tu m'as transmis, tu as tant accomplis ! Merci Tatie pour tes petits plats et ces moments de franche rigolade, j'admire ton optimisme inébranlable. Merci à vous deux d'être si fiers de moi.

A mon grand frère Nicolas et toute ma famille merci de m'avoir soutenue et d'avoir cru en moi pendant toutes ces années.

Aux amis de Dijon,

Dorothée, Justine, Rolande, Alix, Sofie, Laetitia, Mélanie, Aude, Noëlie, Zoé, Linh Nam, JB, Josselin, Jordan. Je suis heureuse d'avoir passé ces années d'externat à vos cotés. En soirée, à la BU ou en stage merci pour tous ces bons moments, sans vous je ne serai pas la « Magou » d'aujourd'hui !

A Mumu et Rami ma touche de moutarde à Toulouse. Merci pour ces nombreuses et bonnes soirées en votre compagnie.

A Floflo mon amie de toujours, merci d'avoir toujours cru en moi.

Aux amis rencontrés à Toulouse,

Nicolas, Béranger et Thomas, ce 1er semestre était top, je suis contente de vous avoir rencontré et que notre amitié dure toujours.

Yoanna, Aurélie, Simon, Julien et les autres, sans vous les urgences et l'internat de Gourjade n'auraient pas été aussi sympa.

Aux ami(e)s rencontré(e)s dans le Gers : Benoit, Marie-Agnès et Cécilia, on formait une sacrée équipe de pompiers en herbe !

Marine, Camille, Muriel et Sylvain j'ai énormément de chance de vous avoir rencontré durant ce bel été Auscitain et je suis heureuse que cette amitié perdure à Toulouse ! Merci pour les expos, apéros, restos, randos (et j'en passe), partagés avec vous et vivement les prochains !

A Marion et Vincent, merci pour votre soutien et votre bonne humeur durant ce stage intense, la team du 1A ça s'oublie pas! A Guillaume, merci aussi pour ta bonne humeur et ces bons moments passés à l'hôpital de jour.

Julie et Guillaume vous êtes bien plus que des (ex)voisins, merci pour votre amitié, d'être aussi gentils et accueillants, merci pour tous ces bons moments passés et à venir en votre compagnie.

Fabien merci pour tous ces bons moments, toutes ces balades et sorties, merci de m'avoir soutenue et d'avoir relu ce travail.

A Mamie, Pépé et Mémé, Tonton,

A Eline,

Tout ça c'est pour vous aussi, vous êtes dans mon cœur.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	3
I. INTRODUCTION	4
II. MATERIELS ET METHODES	7
III. RESULTATS.....	12
A. INCLUSION.....	12
B. DESCRIPTION DES POPULATIONS	13
C. LA PRE-ANNONCE.....	14
1. <i>Anticipation</i>	<i>14</i>
2. <i>Déroulement.....</i>	<i>16</i>
3. <i>Parcours de soins du patient</i>	<i>19</i>
4. <i>Etude de la non réalisation de la pré-annonce.....</i>	<i>20</i>
5. <i>Difficultés et perspectives</i>	<i>20</i>
IV. DISCUSSION.....	22
A. INTERPRETATION ET CONFRONTATION AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.....	22
1. <i>Place de la pré-annonce par le médecin généraliste dans le parcours de soins du patient.....</i>	<i>22</i>
2. <i>Investissement des médecins généralistes dans l'annonce globale et dans la pré-annonce de cancer.....</i>	<i>23</i>
3. <i>Déroulement de la pré-annonce de cancer</i>	<i>23</i>
4. <i>Anticipation de la pré-annonce de cancer.....</i>	<i>24</i>
5. <i>Difficultés et perspectives</i>	<i>25</i>
6. <i>Les populations étudiées.....</i>	<i>28</i>
B. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	28
V. CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE.....	31
ANNEXES.....	35

LISTE DES ABREVIATIONS

CA : Consultation d'Annonce

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

DA : Dispositif d'Annonce

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DP ou DPI: Dossier Patient ou Dossier Patient Informatisé

DU ou DIU : Diplôme Universitaire ou Diplôme Inter-Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National du Cancer

IUCT-O : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse - Oncopôle

MG : Médecin Généraliste

PA : Pré-Annonce

PPS : Plan Personnalisé de Soins

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures :

<u>Figure 1</u> : Diagramme de flux	12
<u>Figure 2</u> : Avis des médecins généralistes sur les raisons de restriction d'information au patient durant la pré-annonce	19
<u>Figure 3</u> : Raisons de la non réalisation de la pré-annonce par les médecins généralistes.....	20
<u>Figure 4</u> : Avis des médecins généralistes sur l'intégration systématique de la pré-annonce dans le dispositif d'annonce	21
<u>Figure 5</u> : Place de la pré-annonce par le médecin généraliste dans l'annonce globale du cancer	27

Liste des tableaux :

<u>Tableau 1</u> : Caractéristiques des patients dont le médecin généraliste a participé à l'étude.....	13
<u>Tableau 2</u> : Caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes.....	14
<u>Tableau 3</u> : Durée de la consultation de pré-annonce en fonction des éléments anticipés..	15
<u>Tableau 4</u> : Déroulement de la pré-annonce selon si elle a été anticipée ou non.....	15
<u>Tableau 5</u> : Description de la pré-annonce.....	17
<u>Tableau 6</u> : Composante de la pré-annonce selon sa durée et la connaissance de l'anatomopathologie	18
<u>Tableau 7</u> : Déterminants de la prononciation du mot « cancer » lors de la pré-annonce.....	18
<u>Tableau 8</u> : Types de difficultés rencontrées par les médecins généralistes durant la pré-annonce.....	21

I. INTRODUCTION

L'annonce du diagnostic de cancer est encadrée en France depuis l'élaboration du premier plan cancer (2003-2007) et plus particulièrement de sa mesure 40 : le Dispositif d'Annonce (DA) (1-3).

Ce DA fait suite aux premiers états généraux des malades de 1998 organisé par la ligue nationale contre le cancer, qui faisait état des mauvaises conditions d'annonce du cancer (4). Ce dispositif, institutionnel, permet d'encadrer l'annonce du cancer pour que les patients puissent bénéficier de meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien.

Depuis janvier 2006 le DA a été généralisé dans tous les centres de cancérologie et est devenu la référence pour l'annonce du cancer en France (5).

Le deuxième plan cancer (2009-2013) a eu dans ses objectifs de renforcer le rôle des médecins généralistes (MG) à tous les niveaux de la prise en charge des patients. En 2011 l'impact positif du DA a été montrée auprès de patients atteint du cancer (6). Mais la coordination entre les équipes hospitalières et les médecins de proximités devait toutefois être renforcé (7).

Aujourd'hui le troisième plan cancer est en cours, il a débuté en 2014 et devrait se clôturer en 2019. Il a pour objectif d'adapter et de renforcer le DA pour permettre de fluidifier le parcours de soins du patient en le faisant débiter dès la forte suspicion de cancer (8). Pour cela il tend à redéfinir son contenu et ses différents temps, ainsi que ses modalités de mise en œuvre.

Le DA actuel est la succession de 4 temps (2) :

1- Le temps médical d'annonce durant lequel l'oncologue réalise l'annonce du diagnostic de cancer et fait les propositions thérapeutiques qui en découlent. Ces dernières sont généralement élaborées lors de la RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire) en amont du temps médical. Un projet de soins adapté au patient est alors défini et lui est proposé durant ce « temps médical » sous la forme d'un PPS (Plan personnalisé de soins).

2- Le temps d'accompagnement soignant permet au patient de compléter les informations médicales reçues. Des soignants vont écouter, reformuler et si nécessaire orienter le patient vers d'autres professionnels.

3- L'accès à une équipe impliquée dans les soins de supports donne au malade l'accès à des professionnels tel que le psychologue, le kinésithérapeute, l'assistante sociale

etc. qui vont le soutenir dans son parcours de soins et travailler en collaboration avec l'équipe médicale et paramédicale.

4- Le temps d'articulation avec la médecine de ville optimise la coordination entre le centre de cancérologie et le médecin de proximité, pour permettre la continuité des soins et sécuriser le patient. Pour cela le MG est informé par l'équipe hospitalière du diagnostic et du projet thérapeutique en s'appuyant sur le PPS.

L'annonce du cancer n'est pas faite par un seul médecin en un temps unique comme pourrait le laisser penser « le temps médical » du DA, longtemps associé uniquement à la « consultation d'annonce ». C'est un processus morcelé et éclaté dans le temps et entre les professionnels, qui doit prendre en compte les connaissances et la compréhension du patient (9–12). La première évocation de la maladie peut avoir lieu en ville, en amont du DA, par des médecins non oncologues et particulièrement des MG (13–15). Cela remet en question la place du MG dans le DA et son implication dans la préparation du patient à l'annonce du cancer.

Lors des différents plans cancers, les MG ont été placés comme le maillon final du DA (3). Pourtant, en tant que médecins de premier recours, ils participent à la prévention, au dépistage et parfois au diagnostic des cancers. On peut les considérer comme des « inducteurs » de l'annonce du cancer car ils sont en première ligne lors de la suspicion de la maladie. En effet la consultation d'annonce avec le spécialiste est rarement un point de départ, mais plutôt l'aboutissement d'une prise en charge pluri-professionnelle initiée en ville, en amont du DA et dont le MG est souvent le coordinateur.

Les MG ont identifié dans leurs pratiques courantes 3 phases distinctes: la pré-annonce (PA), l'annonce, et la post-annonce de cancer (16,17). On retrouve de nombreuses évocations de la PA dans la littérature (3,13,14,16,18,19). Les notions de « doutes » ou « suspicion » de cancer, ainsi que de « préparation » du patient étaient largement évoqués par les MG.

Nous avons pu ainsi définir la PA comme le moment où le MG, durant le parcours diagnostique du patient, allait évoquer pour la première fois la maladie cancéreuse dans le but de le préparer à cette éventualité, sans forcément en avoir le diagnostic formel.

Cette PA est une étape floue qui ne bénéficie à ce jour d'aucun cadre ou réglementation.

Peu d'études se sont intéressées uniquement à cette phase de l'annonce. Nous ne savons pas comment elle est organisée par les MG, comment elle se déroule, les difficultés qu'ils rencontrent ni les moyens nécessaires pour développer et faciliter cette consultation.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le déroulement et le contenu de la PA de cancer faite par les MG. Les objectifs secondaires étaient d'étudier les manières d'aborder la PA déjà mises en place par les MG ; d'identifier les difficultés rencontrées et les raisons de sa non réalisation.

II. MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, descriptive des pratiques professionnelles des médecins généralistes dont un des patients venait de bénéficier d'une consultation d'annonce (CA) à l'IUCT-O (Institut Universitaire du Cancer de Toulouse – Oncopole) dans le cadre du dispositif d'annonce (DA).

Méthode de recueil de la bibliographie :

Un travail préparatoire a été effectué. Il s'agissait d'une recherche bibliographique réalisée sur une période de 10 mois, en utilisant les bases de données de PubMed, EM Prémium, Google Scholar, Sudoc, l'HAS (Haute Autorité de Santé), et l'INCa (Institut National du Cancer).

La recherche ciblait le contenu de la consultation de pré-annonce et d'annonce du cancer par le MG. Les mots clefs utilisés pour cette recherche étaient : médecin généraliste*, pré-annonce*, annonce*, diagnostic*, cancer*. Une recherche en anglais a aussi été effectuée. Les données de la littérature ainsi recueillies et sélectionnées selon leur pertinence ont permis la réalisation du questionnaire.

Le questionnaire :

Le questionnaire était divisé en 6 parties : [1] les caractéristiques épidémiologiques des médecins ; [2] PA faite ou non faite et raisons de sa non réalisation; [3] le déroulement de la PA, [4] son contenu [5] les difficultés rencontrées; [6] les outils à développer pour aider les MG dans cette consultation.

Il comprenait 32 questions fermées et une question ouverte. (Annexe 1)

Les médecins qui n'avaient pas fait de PA n'étaient pas interrogés sur les parties [3], [4] et [5] du questionnaire et répondaient à 16 questions. Les médecins ayant fait la PA n'étaient pas interrogés sur la fin de la partie [2] et devaient répondre à 30 questions.

Le questionnaire était anonymisé par un numéro d'identification qui a permis de faire le lien entre un patient et les réponses de son MG.

Il a été testé auprès de 5 MG en plus du directeur de thèse pour évaluer sa faisabilité, sa pertinence et le temps de réponse. Après corrections, il a été mis en ligne avec l'application *GoogleForm*©, et envoyé aux médecins entre décembre 2017 et mars 2018.

Sélection des dossiers patients :

Le dossier patient informatisé (DPI) est un outil médical qui permet de regrouper et de partager les informations concernant la santé du patient entre les professionnels de santé habilités. C'est grâce à lui et à la cotation CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) (20) qui permet un codage des actes hospitaliers, que nous avons sélectionné tous les dossiers de patients ayant eu une CA de cancer entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2017 à l'IUCT-O.

Les critères d'inclusion des dossiers patients (DP) étaient :

- Les patients majeurs porteurs d'un cancer solide ou hématologique,
- Les CA de cancer faites entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2017 à l'IUCT-O.

Les critères d'exclusions étaient :

- Les CA de rechute ou récurrence de cancer,
- Les CA de programmation de radiothérapie ou de chimiothérapie et de suivi du malade (après une première annonce de la maladie déjà réalisée antérieurement),
- L'annonce d'un nouveau PPS (après la réalisation antérieure d'une CA),
- Les CA pour second avis médical,
- Les CA de tumeurs bénignes,
- Les CA d'allogreffe ou d'autogreffe (après une première annonce de la maladie déjà réalisée antérieurement),
- Les CA pour dons de lymphocytes,
- Les patients en incapacité de donner un consentement libre et éclairé (patients mineurs, avec des troubles mentaux ou des troubles cognitifs et les patients décédés au moment de la sélection du dossier),
- Les patients dont les coordonnées permettant de les contacter par téléphone étaient manquantes dans le DPI ou les patients habitant à l'étranger,
- Les patients étant leur propre MG ou dont le MG était un membre de la famille,
- Les patients dont le MG avait déjà été inclus dans l'étude.

Sélection des patients :

A l'issue de cette étape, les données administratives des dossiers patients sélectionnés ont permis de les contacter par téléphone pour recueillir leur consentement oral à leur inclusion et à la sollicitation qui allait être faite auprès de leur MG.

Après ce contact téléphonique ont été exclus :

- Les patients refusant de participer à l'étude,
- Les patients non joignables par téléphone après 3 appels sans réponse,
- Les patients suivis à l'étranger.

Recrutement des médecins :

Le questionnaire a été proposé aux MG dont les patients avaient accepté de participer à l'étude.

Les coordonnées des MG de ces patients, présentes dans le DPI, ont permis de les contacter.

Dans un premier temps le questionnaire a été adressé au MG déclaré du patient par mail sécurisé *Médimail*.

Il était accompagné d'un message de présentation expliquant les objectifs de l'étude ainsi que le nom du patient spécifique au MG interrogé. Lorsque le médecin n'était pas sur *Médimail* le premier contact était téléphonique.

En l'absence de réponse dans les sept jours, un contact téléphonique était réalisé. A l'issue de cet appel et si le MG avait donné son accord, le questionnaire était renvoyé selon la modalité choisie par le médecin : mail sécurisé, fax ou courrier.

Enfin, en cas d'absence de réponse dans les 7 jours suivant le premier rappel téléphonique, il a été effectué deux autres envois du questionnaire à 7 jours d'intervalle puis un rappel téléphonique de dernier recours.

Les MG n'ayant pas répondu dans le mois suivant le dernier rappel étaient considérés comme non répondants.

Au total ont été exclus les MG qui :

- avaient refusés de participer à l'étude,
- étaient injoignables par manque de coordonnées,
- étaient partis à la retraite entre le diagnostic et l'annonce du cancer du patient,
- étaient non répondants après les différentes relances,

Analyse des données :

Le recueil des données a eu lieu entre le 1^{er} décembre 2017 et le 31 mars 2018 par le logiciel *GoogleForm*© ainsi que par courrier postal et fax.

L'analyse des données a ensuite été effectuée sur le logiciel *Microsoft Excelmac2011*© et grâce au site *BiostaTGV*© de l'INSERM. (21)

Les caractéristiques socio-démographiques ainsi que les variables d'intérêt ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives, de moyenne et d'écart-type pour les variables quantitatives.

Afin de comparer les variables qualitatives entre les groupes de l'étude, un test du Chi 2 a été réalisé ou un test exact de Fisher lorsque ce dernier n'était pas applicable (effectifs théoriques inférieurs à 5). Pour la comparaison des variables quantitatives, le test T de Student a été utilisé en cas de normalité de la distribution de la variable et d'homogénéité des variances, sinon, un test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney a été utilisé.

Le seuil alpha de signification retenu pour ces tests était de 0,05.

Aspect règlementaire :

Le comité d'éthique du département universitaire de médecine générale de Toulouse a émis un avis favorable à la réalisation de ce travail. (Annexe 2)

Une déclaration simplifiée auprès de la CNIL par Méthode de Référence N°3 demandant un consentement oral des patients pour leur participation à l'étude a été réalisée et acceptée : demande N° 2081263 v 0. (Annexe 3)

Une demande d'exploitation des données des patients ayant eu une consultation d'annonce entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2017 a été demandée auprès de l'IUCT-O et acceptée après les avis favorables précédents.

Toutes les données ont été anonymisées grâce à des numéros d'identification attribués à chaque patient. Les questionnaires rendus par les médecins utilisaient le numéro d'anonymat défini.

Les données recueillies dans les dossiers des patients n'ont pas été conservées au-delà de l'étude.

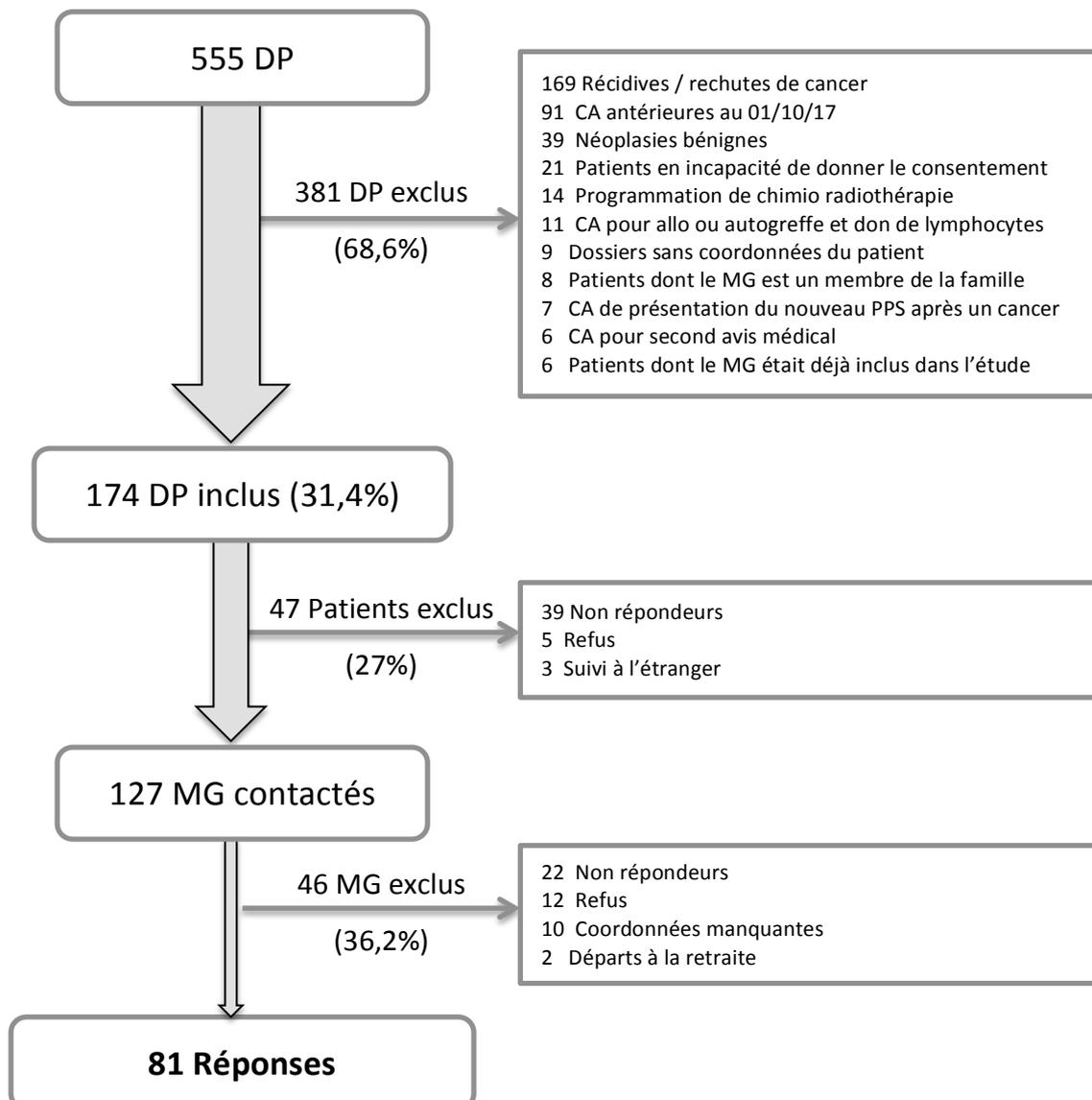
Les patients ont donné leur accord de participation à cette étude de manière orale et pouvaient se rétracter à tout moment de l'étude.

III. RESULTATS

A. Inclusion

Du 1^{er} octobre au 31 décembre 2017 ont été enregistrés 555 CA de cancer à l'IUCT-O. Parmi ces 555 dossiers patients (DP), 68,6% ont été exclus après vérifications des critères d'exclusion. Sur les 174 DP restants, 47 (27%) ont été exclus après contact téléphonique. Au total 127 MG (soit 22,8% des 555 dossiers initiaux) ont été contactés pour au final obtenir 81 réponses au questionnaire. Le taux de réponse était de 63,8% sur l'ensemble des MG contactés. (Figure 1)

Figure 1: Diagramme de flux



B. Description des populations

- Les patients :

Les 81 patients inclus comptaient 61,7% (n=50) de femmes. La moyenne d'âge était de 56,3 ans avec une médiane de 58 ans.

Les trois cancers les plus représentés chez les femmes étaient celui du sein, les cancers hématologiques et de la thyroïde. Pour les hommes il s'agissait des cancers ORL, hématologiques et du testicule. (Tableau 1)

Tableau 1 : Caractéristiques des patients dont le médecin généraliste a participé à l'étude

	Hommes (N=31)	Femmes (N=50)	Total (N=81)
Age (années) :			
Moyenne	59,5	54,3	56,3
Ecart-type	15,5	16,5	16,2
Médiane	62	54	58
Cancers : N (%)			
Sein	0 (0,0)	30 (60,0)	30 (37,0)
ORL	15 (48,3)	2 (4,0)	17 (21,0)
Hématologique	5 (16,1)	7 (14,0)	12 (14,8)
Thyroïde	1 (3,2)	6 (12,0)	7 (8,6)
Peau	2 (6,5)	3 (6,0)	5 (6,2)
Testicule	4 (12,9)	0 (0,0)	4 (4,9)
Sarcome	2 (6,5)	2 (4,0)	4 (4,9)
Prostate	2 (6,5)	0 (0,0)	2 (2,5)

N= Effectif

- Les médecins :

Les 81 MG ayant répondu comptaient 68% (n=55) d'hommes. Leur âge était compris entre 29 et 69 ans avec une médiane de 56 ans. Ils étaient installés en moyenne depuis 21 ans (+/- 11,3 ans) et suivaient leur patient depuis plus de 10 ans dans 44,4% des cas. Ils exerçaient en cabinet de groupe ou maison de santé pluri-professionnelle pour 74,1% (n=60) d'entre eux. Les MG hommes et femmes différaient entre eux concernant leur âge, leur durée d'installation et la durée de suivi des patients (p<0,01). (Tableau 2)

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes

	Hommes (N=55)		Femmes (N=26)		Total (N=81)		
	M	(ET)	M	(ET)	M	(ET)	p
Age (années)	54,9	(10,2)	48	(9,3)	52,7	(10,4)	<0,01 ^W
Durée d'installation (années)	23,8	(11,6)	15	(8,3)	21	(11,3)	<0,01 ^W
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	p
Milieu d'exercice :							
Rural	15	(27,3)	6	(23,0)	21	(25,9)	0,59 ^C
Semi rural	25	(45,4)	10	(38,5)	35	(43,2)	
Urbain	15	(27,3)	10	(38,5)	25	(30,9)	
Type de cabinet :							
Seul	16	(29,1)	5	(19,2)	21	(25,9)	0,34 ^C
De groupe + MSP	39	(70,9)	21	(80,8)	60	(74,1)	
Durée de suivi du patient :							
< 5 ans	15	(27,3)	18	(69,2)	33	(40,7)	<0,01 ^C
> 5 ans	40	(72,7)	8	(30,8)	48	(59,3)	
Médecins avec une formation¹ :							
Oui	4	(7,3)	1	(3,8)	5	(6,2)	1,00 ^F

¹ DU/DIU/Capacité/DESC : Soins palliatifs, prise en charge de la douleur, oncologie

M= moyenne ; ET= Ecart-type ; N= effectif ; % = pourcentage

^F = test de Fisher ; ^C = test du Chi² ; ^W = test de Wilcoxon-Mann-Whitney ; <0,05 = résultat significatif

C. La pré-annonce

1. Anticipation

La PA de cancer a été faite dans deux tiers des cas (n=54/81) et alors anticipée par 75,9% des MG (n=41/54). Les médecins qui préparaient cette consultation réfléchissaient pour 68% d'entre eux à la manière d'aborder l'hypothèse d'un cancer.

Les MG qui anticipaient la PA avaient tendance à avoir plus souvent des consultations supérieures à 30 min (p=0,14). Lorsque que les MG réalisaient spécifiquement des recherches sur le traitement et le pronostic de la maladie, les consultations étaient significativement plus longues (>30 min) (p<0,01 et p=0,03). (Tableau 3)

Les MG qui avaient prévu la PA ont plus souvent évoqués les soins de supports et les effets indésirables des traitements avec leur patient que ceux ne l'ayant pas prévue (p=0,07 et p=0,08). Le fait de posséder le diagnostic histologique ne semblait pas avoir de conséquence sur l'anticipation de la PA (46,3% contre 30,8%, p=0,32). (Tableau 4)

Tableau 3 : Durée de la consultation de pré-annonce en fonction des éléments anticipés

	PA <30 min (N=28)		PA >30 min (N=13)		p
	N	(%)	N	(%)	
Avant la consultation vous avez (N=41) :					
Réfléchi à la façon d'aborder le diagnostic (N=28)	18	(64,3)	10	(76,9)	0,49 ^F
Fait des recherches sur les traitements (N=13)	4	(14,3)	9	(69,2)	<0,01 ^F
Fait des recherches sur le pronostic (N=12)	5	(17,8)	7	(53,8)	0,03 ^F
Pris l'avis d'un spécialiste (N=9)	6	(21,4)	3	(23,1)	1,00 ^F

^F = test de Fisher ; ^C = test du Chi² ; <0,05 = résultat significatif ; PA= Pré-Annonce

Tableau 4 : Déroulement de la pré-annonce selon si elle a été anticipée ou non

	PA « anticipée » (N=41)		PA « non anticipée » (N=13)		p
	N	(%)	N	(%)	
Sujets abordés durant la PA					
Les traitements	35	(85,4)	9	(69,2)	0,23 ^F
Le stade du cancer	12	(29,3)	2	(15,4)	0,47 ^F
Le pronostic	17	(41,5)	4	(30,8)	0,49 ^C
Les soins de support	21	(51,2)	3	(23,1)	0,07 ^C
Les effets indésirables des traitements	15	(36,6)	1	(7,7)	0,08 ^F
Durée de la consultation :					
<30 min	28	(68,3)	12	(92,3)	0,14 ^F
>30 min	13	(31,7)	1	(7,7%)	
PA faite après résultats anatomopathologiques	19	(46,3)	4	(30,8)	0,32 ^C
PA faite après un examen complémentaire anormal	34	(82,9)	8	(61,5)	0,10 ^C
Prononciation du mot « cancer »	31	(76,6)	7	(53,9)	0,17 ^F
Vous avez cherché à savoir ce que savait déjà le patient	32	(78)	12	(92,3)	0,42 ^F
Vous avez cherché à savoir ce que voulait savoir le patient	35	(85,4)	12	(92,3)	1,00 ^F
Support d'information donné au patient	2	(4,9)	0	(0%)	0,23 ^F
Vous estimez avoir répondu à toutes les questions du patient	21	(51,2)	6	(46,1)	0,75 ^C
RDV fixé à distance	30	(73,2)	5	(38,5)	0,04 ^F

^F = test de Fisher ; ^C = test du Chi² ; <0,05 = résultat significatif ; PA= Pré-Annonce

2. Déroulement

La PA avait durée plus de 15 min dans 88,9% (n=48) des cas et plus de 30 min dans 25,9% (n=14) des cas (Tableau 5). En dehors de l'évocation du pronostic de la maladie qui avait tendance à allonger la durée de la consultation (p=0,12) ; le temps de consultation n'était pas influencée par le type de sujets abordés, ni par le fait de restreindre certaines informations durant celle-ci. (Tableau 6).

Lors de cette consultation 81,5% des médecins ont cherché à savoir ce que leur patient savait déjà de son état de santé et 87% ce qu'il voulait en savoir. Les deux sujets les plus abordés était le traitement du cancer et les soins de support (Tableau 5).

Le mot « cancer » a été prononcé dans 70,4% (n=38/54) des PA. Il a été dit par plus des trois quarts des MG (n=31/41) qui avaient anticipé la PA et par la moitié des MG ne l'ayant pas prévue (p=0,17) (Tableau 4). Les MG avaient plus souvent parlé de « cancer » après la découverte d'un signe clinique anormal (p=0,18) ou après la réalisation d'une biopsie (p=0,07). Sa prononciation avait tendance à être associée à une consultation de plus de 30 min (p=0,18) (Tableau 7).

57,4% des MG ne disposaient pas de l'anatomopathologie avant la PA. Le fait de posséder le diagnostic histologique n'a pas eu d'influence sur la sensation de restriction d'information par le médecin mais ceux qui le possédaient avaient tendance à plus souvent parler des soins de supports que les autres (p=0,12) (Tableau 6).

Tableau 5 : Description de la pré-annonce

DÉROULEMENT DE LA PRE-ANNONCE		
	N	(%)
Pré-annonce anticipée :		
	41	(75,9)
Durée de la consultation :		
< 15 min	6	(11,1)
15 à 30 min	34	(63)
> 30 min	14	(25,9)
Patient accompagné :		
par un membre de la famille	20	(37)
Pré-annonce faite :		
Après la découverte d'un signe clinique suspect	31	(57,4)
Après un examen de dépistage anormal	15	(27,8)
Après un examen complémentaire anormal	42	(77,8)
Après la réalisation de la biopsie	25	(46,3)
Après la réception de l'anatomopathologie	23	(42,6)
A la demande d'un confrère	2	(3,7)
CONTENU DE LA PRE-ANNONCE		
	N	(%)
Vous avez essayé de savoir ce que le patient savait déjà de son état de santé	44	(81,5)
Vous avez essayé de savoir ce que le patient voulait savoir de son état de santé	47	(87)
Vous avez utilisé le mot « cancer »	38	(70,4)
Vous avez parlé :		
Des traitements	44	(81,5)
Du stade du cancer	14	(25,9)
Du pronostic	21	(38,9)
Des soins de support	24	(44,4)
Des effets indésirables des traitements	16	(29,6)
Vous avez donné au patient un support explicatif	2	(3,7)
Vous estimez avoir donné une réponse à toutes les interrogations de votre patient	27	(50)
Vous avez fixé un autre RDV à l'issue de la consultation	35	(68,5)

Tableau 6: Composante de la pré-annonce selon sa durée et la connaissance de l'anatomopathologie

	PA < 30min (N=40)		PA > 30min (N=14)		p	Anapath. connue (N=23)		Anapath. inconnue (N=31)		p
	N	(%)	N	(%)		N	(%)	N	(%)	
RDV fixé à distance	22	(55)	13	(92,8)	0,01^F	18	(78,2)	17	(54,8)	0,07 ^C
Vous avez dit le mot « cancer »	26	(65)	12	(85,7)	0,18 ^F	18	(78,2)	20	(64,5)	0,27 ^C
Durant la consultation vous avez parlé :										
Des traitements	33	(82,5)	11	(78,5)	0,71 ^F	19	(82,6)	25	(80,6)	1,00 ^F
Du stade	12	(30)	3	(21,4)	0,73 ^F	8	(34,8)	6	(19,4)	0,20 ^C
Du pronostic	16	(40)	9	(64,3)	0,12 ^C	10	(43,5)	11	(35,5)	0,55 ^C
Des soins de supports	11	(27,5)	5	(35,7)	0,73 ^F	13	(56,5)	11	(35,5)	0,12 ^C
Des effets indésirables	17	(42,5)	7	(50)	0,63 ^C	9	(39,1)	7	(22,6)	0,19 ^C
Restriction d'information pour :										
Annoncer en plusieurs étapes	34	(85)	13	(92,8)	0,66 ^F	20	(86,9)	27	(87,1)	1,00 ^F
Ne pas surcharger d'information	32	(80)	13	(92,8)	0,42 ^F	18	(78,3)	27	(87,1)	0,47 ^F
Laisser de l'espoir	34	(85)	12	(85,7)	1,00 ^F	21	(91,3)	25	(80,6)	0,44 ^F

^F = test de Fisher ; ^C = test du Chi² ; <0,05 = résultat significatif ; PA= Pré-Annonce ; Anapath. = anatomopathologie

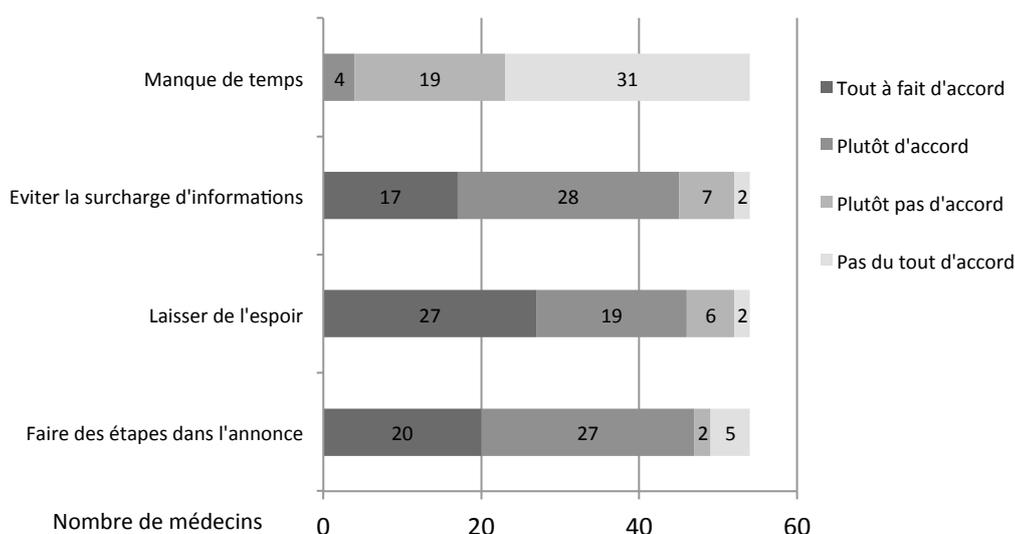
Tableau 7: Déterminants de la prononciation du mot « cancer » lors de la pré-annonce

	Mot « cancer » prononcé (N=38)		Mot « cancer » non prononcé (N=16)		p
	N	(%)	N	(%)	
PA faite après :					
La découverte d'un signe clinique anormal	24	(63,2)	7	(43,75)	0,18 ^C
Un examen de dépistage anormal	12	(31,6)	3	(18,75)	0,50 ^F
Un examen complémentaire anormal	30	(78,9)	12	(75)	0,70 ^F
La réalisation d'une biopsie	21	(55,3)	4	(25)	0,07 ^F
La confirmation anatomopathologique	18	(47,3)	5	(31,25)	0,27 ^C
A la demande d'un confrère	2	(5,3)	0	(0)	1,00 ^F
Consultation de PA prévue	31	(81,6)	10	(62,5)	0,17 ^F
RDV à distance	28	(73,7)	7	(43,75)	0,03^C
Durée de la consultation :					
<30 min	26	(65)	14	(87,5)	0,18 ^F
>30 min	12	(85,7)	2	(12,5)	

^F = test de Fisher ; ^C = test du Chi² ; <0,05 = résultat significatif ; PA= Pré-Annonce

Plus de 80% des MG étaient favorables à la restriction d'information pour laisser de l'espoir au patient, faire une pré-annonce en plusieurs étapes et ne pas surcharger le patient d'informations (Figure 2). Il existait une tendance des médecins ayant restreint certaines informations pour laisser de l'espoir au patient, à ne pas parler du stade du cancer ni de son pronostic.

Figure 2: Avis des médecins généralistes sur les raisons de restriction d'information au patient durant la pré-annonce



3. Parcours de soins du patient

Le patient était accompagné d'un membre de sa famille dans 37% des cas (n=20). 12,9% des MG évoquaient la possibilité d'un cancer juste après la découverte d'un signe clinique anormal, mais le plus souvent ils avaient attendu que le patient ait fait des examens complémentaires révélant ou confirmant une anomalie pour faire la PA (77,8%) (Tableau 5).

Les MG proposaient une consultation à distance de cette PA dans 68,5% des cas. Le fait de donner ce rendez-vous au patient à l'issue de la consultation était corrélé à une PA anticipée (p=0,04), un temps de consultation supérieur à 30 min (p=0,01) et à la prononciation du mot « cancer » (p=0,03) (Tableaux 4, 6 et 7).

La restriction de certaines informations durant la consultation n'était pas corrélée au fait que le MG donne un rendez-vous ultérieur.

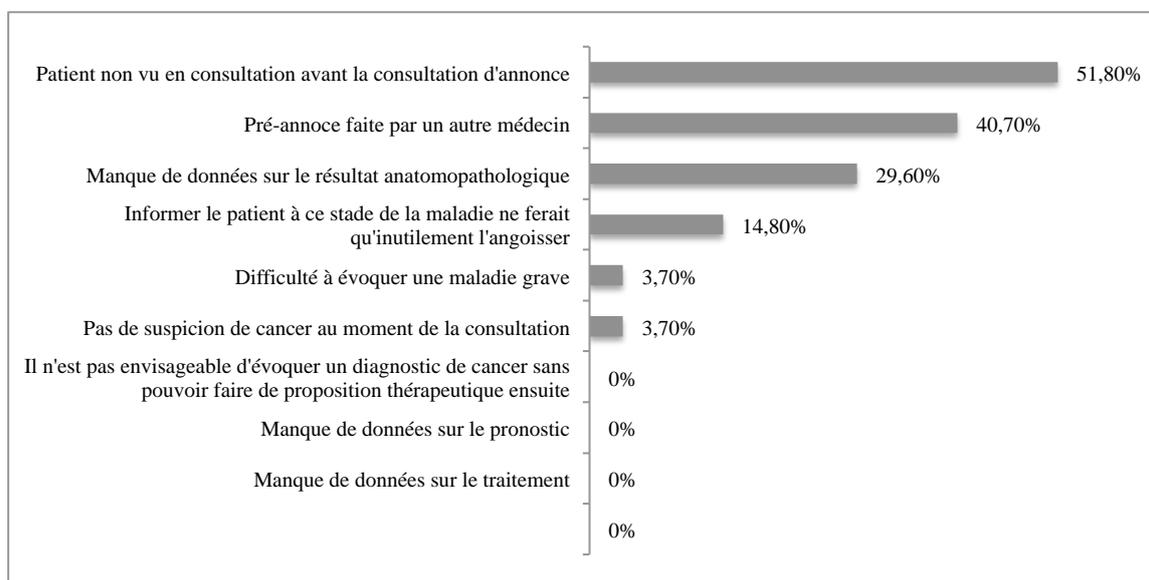
4. Etude de la non réalisation de la pré-annonce

Un tiers des MG (n=27/81) n'ont pas réalisé la PA. 48,1% d'entre eux (n=13/27) auraient souhaité la faire.

La raison la plus fréquente de non réalisation (51,8%, n=14) était de l'ordre de la non faisabilité puisque le patient n'avait pas été vu en consultation par le MG avant le DA. 29,6% des MG (n=8) n'avaient pas fait la PA par manque de données anatomopathologique au moment de la consultation avec leur patient (Figure 3).

Les MG ayant fait la PA et ceux ne l'ayant pas faite étaient comparables concernant leur âge, leur sexe, la possession d'une formation en oncologie, la durée de suivi du patient et leur durée d'installation. L'âge du patient et son type de cancer n'étaient pas corrélés à la décision de faire ou ne pas faire la PA. 59,3% (n=16) des MG n'ayant pas fait la PA se sentaient impliqués dans le diagnostic du cancer de leur patient contre 80,2% pour les MG ayant fait la PA (p<0,01) (Annexe 5).

Figure 3 : Raisons de la non réalisation de la pré-annonce par les médecins généralistes



5. Difficultés et perspectives

20,4% (n=11) des médecins n'ont ressenti aucune difficulté lors de cette consultation. Pour les autres, elles étaient principalement dues au manque d'éléments pronostic et thérapeutique (Tableau 8).

Tableau 8 : Types de difficultés rencontrées par les médecins généralistes durant la pré-annonce

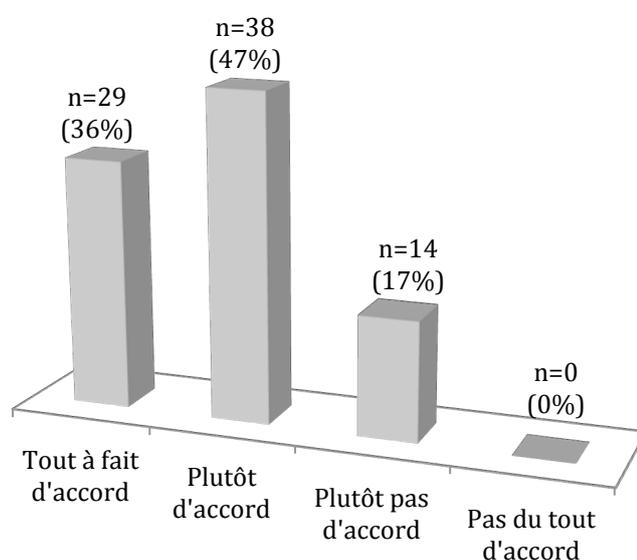
	Effectif (N=54)	Pourcentage (%)
Difficultés dues :		
Au manque d'élément pronostique	36	(66,7)
Au manque d'élément thérapeutique	35	(64,8)
A l'incertitude diagnostique	15	(27,8)
A la difficulté émotionnelle	7	(13)

Les MG s'informaient le plus souvent en prenant avis auprès de confrères spécialistes (75,3%) ou en consultant des supports informatiques (70,4% dont 39,5 % Oncomip). 79% des médecins souhaitaient avoir des supports d'informations oncologiques supplémentaires et 56,8% étaient intéressés par une formation sur la pré-annonce. Les différents types de supports désirés par les MG sont détaillés dans l'annexe 5.

Pour 98,1% des MG la PA avait été utile pour l'acceptation de la maladie par leur patient et 94,5% ont estimé avoir eu un rôle important dans l'annonce globale du cancer de leur patient.

82,7% (N= 67) des MG étaient favorables à l'intégration systématique d'une PA dans le Dispositif d'Annonce, en amont du « temps médical » actuel. Aucun MG n'y était complètement opposé (Figure 4).

Figure 4 : Avis des médecins généralistes sur l'intégration systématique de la pré-annonce dans le dispositif d'annonce



IV. DISCUSSION

L'évocation avec le patient de l'hypothèse d'un cancer en amont du DA avait été faite par deux tiers des MG de notre étude. Les trois quarts avaient préparé cette consultation. Les médecins qui anticipaient la PA en recherchant des informations sur le traitement et le pronostic de la maladie avaient des consultations significativement plus longues ($p < 0,05$). Durant cette consultation un état des lieux des connaissances du patient sur son état de santé était fait ainsi que sur son désir d'être informé par la suite. Les traitements ainsi que les soins de support étaient évoqués durant la PA. Le fait de revoir le patient à distance était corrélé à une consultation de PA complète : longue, programmée et où le mot « cancer » avait été dit. Plus les MG s'estimaient impliqués dans le diagnostic du cancer de leur patient et plus ils s'investissaient dans la PA ($p < 0,01$).

A. Interprétation et confrontation aux données de la littérature

1. Place de la pré-annonce par le médecin généraliste dans le parcours de soins du patient

On peut considérer que les MG ont un rôle important durant la période antérieure à l'annonce de cancer, puisqu'ils sont majoritairement consultés par leurs patients. En effet dans notre étude 82,7% des MG interrogés avaient vu leur patient en consultation avant l'annonce du DA. Deux études anglaises confirment ce fort taux de consultation du MG durant cette période (72% à 90% et 80%) (22,23). Les MG se sentent également très impliqués dans le diagnostic du cancer de leur patient (14,24,25). Dans notre étude, ils sont 80,2% à estimer avoir participé au diagnostic du cancer de leur patient.

Le MG, par la place centrale qu'il occupe dans le dépistage du cancer et par la fréquence à laquelle il est consulté en amont de l'annonce du cancer doit être impliqué dans le temps de parcours diagnostique du patient. Cette implication s'exprime à travers la PA de cancer, puisqu'on retrouve une corrélation positive entre la réalisation de la PA et le sentiment de participation au diagnostic de cancer. Il semble nécessaire que les MG soient inclus au plus tôt dans le parcours de soins du patient pour qu'ils soient impliqués dans l'accompagnement du patient et la mise en place de la démarche diagnostique.

2. Investissement des médecins généralistes dans l'annonce globale et dans la pré-annonce de cancer

94,5% des MG interrogés estiment avoir eu un rôle important dans l'annonce globale du cancer de leur patient. Cette forte implication des MG est retrouvée dans l'étude de Dr LAOUISSET (79,7%)(24). Les MG sont sollicités par leurs patients ou leurs confrères en amont (la pré-annonce), en aval (la post-annonce) et pour l'annonce. La plupart des patients consultent leur MG dans la semaine suivant la consultation d'annonce (17) et la mise en place de façon systématique d'une consultation de post-annonce a été évaluée comme positive par les MG et leur patient (28). D'autre part l'annonce est parfois déléguée au MG par le spécialiste (environ 20% des cas) (14,17). Dans notre étude, seul 3,7% (n=2) des PA étaient faites à la demande d'un confrère. Ces 2 MG possédaient le diagnostic histologique de cancer et avaient prononcé le mot « cancer », on peut donc dire qu'il s'agissait d'annonces de cancer plutôt que de PA. Du fait du recrutement des patients par le biais d'une annonce institutionnelle, nous limitons fortement les annonces réalisées par le MG à la demande des spécialistes. D'autre part il est délicat de déléguer l'annonce d'un diagnostic incertain de maladie.

Les MG s'investissent pendant et après l'annonce du cancer mais également en amont. Ils se sentent très impliqués dans la globalité du processus de l'annonce. Le développement de la PA pourrait être bénéfique pour intégrer précocement le patient dans un parcours diagnostique puis de soins. Ces parcours débuteraient en ambulatoire et se poursuivraient, pendant et après l'annonce du cancer. Ils permettraient de renforcer le partenariat entre les spécialistes et les MG et la coordination entre la ville et l'hôpital.

3. Déroulement de la pré-annonce de cancer

Deux tiers des médecins interrogés ont évoqué la possibilité d'une maladie cancéreuse avec leur patient en amont du DA. Les travaux du Dr OMNES confirment cette grande implication des MG dans la PA (78% d'évocation du cancer) (14). Pour un tiers des patients, la première évocation de la maladie avait été réalisée par son MG (15). Ce taux est probablement sous évalué car une annonce progressive peut atténuer le choc ou « lisser » le souvenir de cette évocation du cancer.

On peut décrire la PA comme une consultation longue, au cours de laquelle les médecins font un état des lieux des craintes et des attentes du patient. Ils peuvent y restreindre

l'information délivrée dans le but de ne pas surcharger le patient d'information, de lui laisser de l'espoir et de faire une pré-annonce étagée.

Cette consultation plus longue que la moyenne Française (16,4 min) (26) leur permet de prendre « le temps nécessaire » préconisé lorsqu'on aborde le sujet d'une maladie grave (9). Le fait de fractionner l'annonce pour ne pas surestimer la capacité d'intégration du patient et amener progressivement au diagnostic est aussi un mode de communication retrouvé et approuvé dans la littérature pour les maladies graves (15,22).

La connaissance du diagnostic anatomopathologique de cancer influence peu le déroulement de la PA: la majorité (57%) se font alors que cette donnée est inconnue. Elle n'influence pas les recherches faites en amont de la PA et le doute diagnostique n'est d'ailleurs pas perçu comme la difficulté principale de la PA. L'absence de diagnostic histologique est néanmoins un des freins à la réalisation de la PA. Peut-être parce que le doute diagnostique, engendre pour le MG un inconfort lié à l'absence de conduite à tenir précise à proposer au patient à ce stade de la maladie.

L'anatomopathologie permet d'aborder plus sereinement le diagnostic de cancer, mais lors de la PA le plus important n'est pas d'avoir la certitude du cancer, mais bien de préparer le patient à cette éventualité tout en débutant le parcours de soins.

Que la consultation soit anticipée ou pas, les médecins ont évoqué très fréquemment les soins de supports lors de cette PA. Cela nous conforte dans le fait que lors de la PA les MG débute une prise en charge globale du patient en cherchant à déterminer comment le soutenir au mieux dans un avenir proche en prenant en considération l'ensemble des besoins physique, psychologique et social, en vue d'une possible prise en charge oncologique et multidisciplinaire. Cette tendance s'accroît lorsque les MG disposent du diagnostic anatomopathologique car probablement qu'au vu du diagnostic concret qui s'annonce, ils tentent d'anticiper au mieux les besoins du patient et d'entamer une prise en charge globale.

4. Anticipation de la pré-annonce de cancer

Les MG qui ont préparé la PA avaient tendance à avoir des consultations de plus de 30 min. L'anticipation de la PA engendre une organisation de cette dernière ainsi qu'un enrichissement de son contenu. Les MG prennent le temps de parler de sujets plus spécifiques et probablement plus adaptés au patient, tels les soins de support et les effets

indésirables des traitements. Il découle de ces consultations complexes, davantage d'interrogation de la part des patients ainsi qu'un besoin de temps d'assimilation des informations délivrées. Cela suggère aussi que les MG n'ayant pas anticipé la PA ne prennent pas le temps de faire ces recherches durant la consultation. Les MG ayant anticipé la PA ont également inclus le patient dans un parcours de soins, en lui proposant de le revoir à distance de la consultation ($p=0,04$).

A travers ce mode de procéder les MG suivent spontanément certaines étapes de l'annonce de Buckman (27) : ils préparent l'entretien, ils sondent les connaissances du patient et ils proposent un plan de prise en charge pour l'avenir.

L'anticipation de la pré-annonce permet, outre la préparation de son contenu et la prise de temps par le MG, la construction d'une relation de confiance et le suivi du patient afin de l'accompagner à travers les étapes de son diagnostic.

5. Difficultés et perspectives

Lors de la PA les MG se sentent en difficulté face au manque d'éléments pronostics et thérapeutiques de la maladie. Ce besoin est compréhensible, pourtant lors de la PA des connaissances pointues ou spécifiques sur la maladie ne sont pas nécessaire. La PA est une étape de préparation du patient à la possibilité de la maladie grave qu'est le cancer. Il doit être accompagné dans ce cheminement mais les propositions thérapeutiques et les éléments d'ordre pronostique ne seront abordés que lors de l'annonce du cancer. Toutefois la PA amènera dans certains cas à l'annonce du cancer et lorsque celle-ci approche, le MG peut être amené à évoquer certaines prises en charge ou thérapeutiques.

Les MG souhaiteraient être aidés par des outils dans 79% des cas, préférentiellement des outils web/internet et téléphoniques avec l'avis de confrères spécialistes. Pour aider au mieux les MG à aborder sereinement l'hypothèse d'un cancer, un guide devrait être développé. Il permettrait de poser un cadre à cette PA et d'aider les MG dans la communication et l'organisation du parcours de soins du patient. Sa mise en place pourrait s'appuyer sur des structures déjà existantes, comme Oncomip pour le support web (fiches), ou sur des structures hospitalières pour un contact téléphonique spécialisé, à l'aide d'un numéro de téléphone dédié aux MG (en amont de la prise en charge par la structure et du DA), pour organiser le parcours de soins le plus précocement possible. Ces fiches pourraient contenir des outils de communication et d'organisation pour aider le MG à préparer le patient (techniques pour évaluer les connaissances du patient ; prévoir cette

consultation avec un créneau long ; reconvoquer le patient à distance). Les différents soins de support pourraient y être présentés pour anticiper les besoins du patient. Toutes ces informations pourraient aussi être délivrées aux MG sous la forme d'une FMC (Formation Médicale Continue) puisqu'ils sont plus de la moitié à être intéressés par une formation sur la PA.

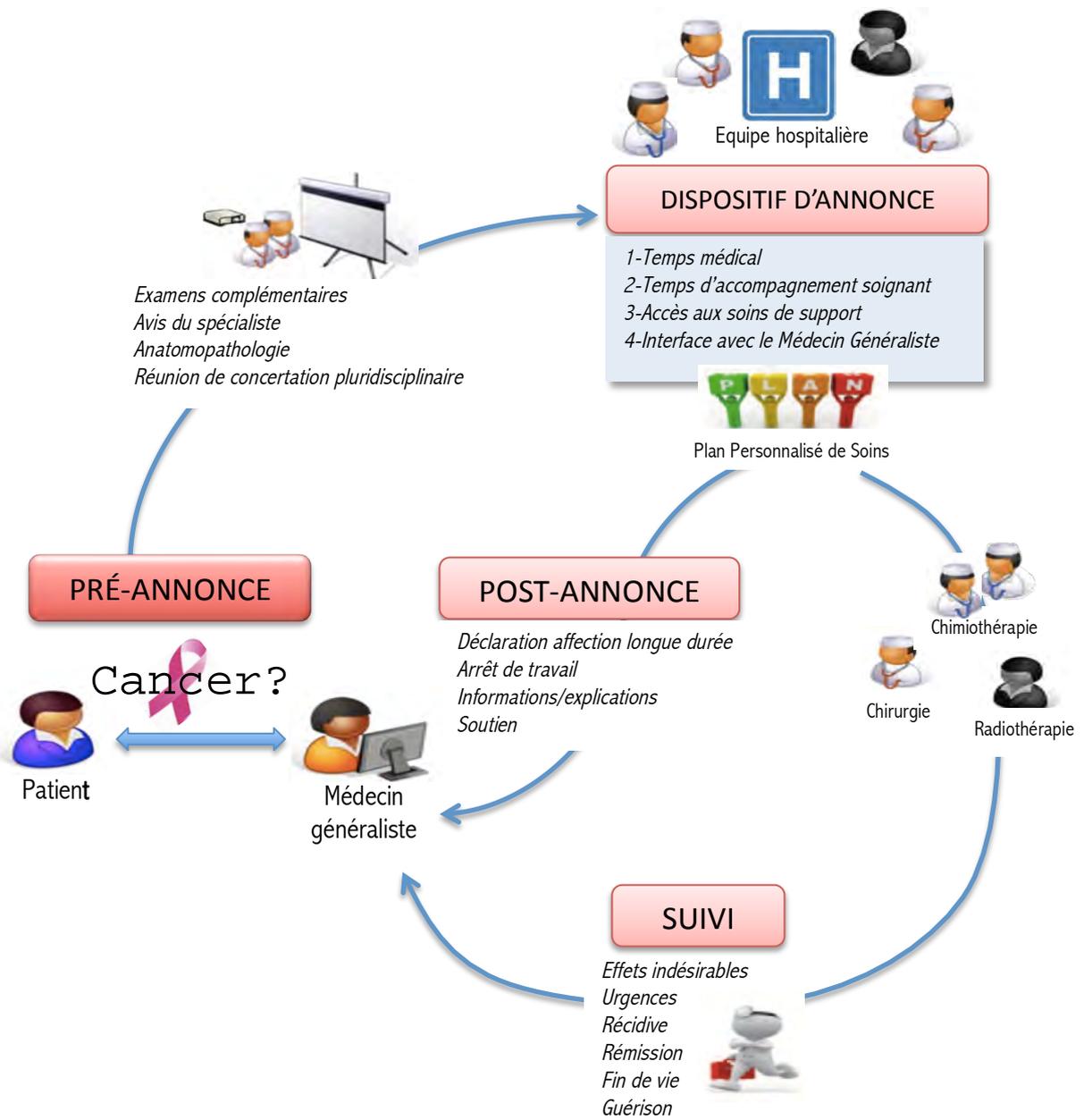
La mise en place systématique d'une post-annonce par le MG à l'issue du DA a été testée récemment et approuvée par les MG, les patients et les oncologues (28). Il serait intéressant de mener une étude similaire avec la PA pour évaluer son intérêt par les patients et les oncologues et pour aider à optimiser son contenu. Une autre étude a montré que les patients qui avaient bénéficié d'une première évocation de la maladie cancéreuse en ville par le MG, pensaient que cette consultation était intégrée dans le DA dont ils ont bénéficié par la suite (28). Les patients sont demandeurs d'une prise en charge précoce dans un parcours de soins et la PA systématisée en amont du DA pourrait répondre à leurs attentes.

Dans notre étude la PA est perçue favorablement par les MG, qui souhaiteraient qu'elle soit intégrée au DA.

D'autre part depuis novembre 2017 une nouvelle cotation médicale a été mise en place pour les MG permettant de valoriser les « consultations initiales d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient après une consultation d'annonce pour une pathologie grave » (29). Cette consultation est définie comme étant une post-annonce. Il serait intéressant d'étendre cette reconnaissance à l'étape de la PA. Cela permettrait une meilleure prise de conscience médicale de cette étape dans le parcours de soins du patient ainsi que l'amélioration du contenu de la PA en formant et informant les MG et les autres professionnels concernés.

Le MG a une place centrale dans l'annonce globale du cancer, son rôle débute en amont du DA avec la PA, se poursuit après celui-ci lors de la post-annonce et bien sûr tout au long de la prise en charge du patient. (Figure 5)

Figure 5 : Place de la pré-annonce par le médecin généraliste dans l'annonce globale du cancer



6. Les populations étudiées

- Les patients :

L'âge médian au diagnostic du cancer en France en 2015 était de 68 ans environ (30). Dans notre étude l'âge médian des patients au moment du DA était de 10 ans plus jeune.

Cette différence peut s'expliquer par les différents types de cancer retrouvés dans notre échantillon. Certains cancers relativement fréquents dans notre population tels que le cancer de la thyroïde (8,6%), du testicule (4,9%) ou les sarcomes (4,9%) ont un âge de découverte jeune, alors que les cancers du côlon ou du poumon qui font partie des cancers les plus fréquents en France n'y sont pas représentés (31–34).

- Les médecins :

La moyenne d'âge des MG de Midi-Pyrénées en 2015 était de 52 ans ce qui est similaire à notre échantillon de médecins, par contre les MG hommes étaient légèrement sur-représentés dans notre population (68 % versus 55% d'hommes) (35).

Il existait une différence significative relative à l'âge, la durée d'installation et la durée de suivi des patients ($p < 0,05$) entre les MG hommes et femmes de notre population. Les femmes étaient en effets plus jeunes, installées depuis moins longtemps et donc avec une durée de suivi des patients plus courte. Cette différence peut s'expliquer par la féminisation récente de la profession médicale (35).

B. Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude réside dans son originalité. A notre connaissance aucune étude ne s'est intéressée exclusivement à cette phase de « pré-annonce » du cancer en médecine générale.

Etant une étude descriptive, notre étude est de faible niveau de preuve scientifique mais elle permet de faire un état de lieux afin d'aider les médecins dans leurs pratiques.

Le taux de réponse au questionnaire de 63% est très satisfaisant. Nous devons ce fort taux de réponse aux contacts téléphoniques pris avec les médecins ainsi qu'au choix que nous avons fait de les interroger sur un patient concret appartenant à leur patientèle. Cette méthode nous a permis de limiter le biais de recrutement et le biais de mémorisation des médecins. Ce dernier a aussi été diminué par le délai court entre la consultation d'annonce

et le recrutement des patients. Même si le recrutement de 81 médecins semble important au vu du protocole employé, il limite la puissance de l'étude.

Il existe un biais de sélection pour nos patients car notre étude est monocentrique. Nous avons choisi l'IUCT-O pour le recueil des patients car il est un des centres oncologiques de référence de la région Occitanie et nous a permis de sélectionner nos patients de la façon la plus exhaustive possible. Ce pôle de cancérologie est spécialisé notamment dans les cancers du sein, ORL et hématologique. Cependant les cancers du poumon et du colon ne sont pas représentés dans notre échantillon de patients, car ils sont pris en charge dans d'autres centres oncologiques Toulousains.

Pour finir, il aurait pu être intéressant de connaître le stade du cancer des patients au moment de leur diagnostic, pour étudier son influence sur la PA. Malheureusement nous n'avons pas pu recueillir cette donnée car elle restait inconnue dans de nombreux dossiers patients au moment du recueil des données.

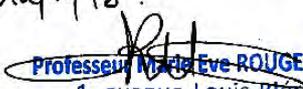
V. CONCLUSION

Le dispositif d'annonce défini par le troisième plan cancer n'intègre pas la phase préparatoire à l'annonce réalisée par les médecins généralistes (MG). Pourtant, ils sont amenés à évoquer le diagnostic de cancer en amont de celui-ci lors d'une phase qu'ils ont identifiée comme la « pré-annonce » (PA).

Cette étude a montré que les MG réalisent et organisent la PA. Ils la préparent, prennent le temps de faire des consultations longues et organisent le parcours diagnostic du patient. Durant cette consultation ils réalisent un état des lieux des connaissances du patient sur son état de santé et sur son désir d'être informé. La PA est réalisée en plusieurs temps pour amener le patient de façon progressive et adaptée, à la possibilité du diagnostic de cancer. Elle pourrait être instaurée dès la découverte d'un état clinique ou d'un examen complémentaire jugé préoccupant par le MG. La PA permet la mise en place d'un dialogue et d'une relation de confiance entre le patient et son MG, tout en initiant de façon précoce une prise en charge globale et un accompagnement du patient dans son parcours diagnostic.

L'existence d'une consultation de PA codifiée permettrait une organisation de son contenu et le développement d'aides et d'outils pour son bon déroulement. La création d'un guide de la pré-annonce de cancer semble nécessaire pour poser le cadre de cette consultation. Sa systématisation en amont du dispositif d'annonce permettrait à travers sa valorisation, une prise de conscience médicale de son existence. Enfin, elle permettrait de répondre à l'un des objectifs du 3^e plan cancer : associer le MG au parcours de soins du patient dès la forte suspicion de cancer, afin d'assurer une meilleure coordination des soins et un meilleur accompagnement du patient. Les MG sont favorables à une telle disposition.

vu & approuvé
12/11/18.


Professeure Marie-Eve ROUGE BUGAT
1, avenue Louis Bérriot
31500 TOULOUSE
N° ADELI : 31 1 11793 1
N° RPPS : 10100079234

Toulouse, le 15.11.2018


Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elie SERRANO

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
2. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce dans les établissements de santé - mesure 40 du plan cancer - Novembre 2005 - InCa [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce/Un-temps-fort-du-parcours-de-soins>
3. Présentation du dispositif d'annonce. Le dispositif d'annonce du cancer (Mesure 40 du Plan Cancer), 2006 - InCa [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce/Un-temps-fort-du-parcours-de-soins>
4. Bettevy F, Dufranc C, Hofmann G. Critères de qualité de l'annonce du diagnostic: point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer. Risque et qualité. Vol 3, N°2. 2006.
5. Mettre en place le dispositif d'annonce : expériences et conseils. 2006 - InCa [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce/Un-temps-fort-du-parcours-de-soins>
6. Etude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011 - Rapport de synthèse de l'étude CRP consulting conduite en 2010-2011. Ref: ENQUETEANN1. InCa Mai 2012. [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Etude-sur-l-annonce-du-diagnostic-de-cancer-et-le-ressenti-des-malades-en-2011>
7. Le Plan cancer 2009-2013 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
8. Plan Cancer 2014-2019 - Ref: PLANKPNRT14 | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
9. Afchain P, Lefin C, Meyohas M-C. Annoncer un diagnostic (mauvaise nouvelle, maladie chronique, suspicion). [Httpswww-Em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatatraitestmtm-62025](https://www-em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatatraitestmtm-62025) [Internet]. 10 févr 2015; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis-ups-tlse.fr/article/955676/resultatrecherche/16>
10. Chatry-Le Goff S, Le Mauff P, Bonnaud-Antignac A. Vécu et ressenti du médecin généraliste dans l'annonce du diagnostic de cancer: étude auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la région nantaise par la méthode de l'entretien collectif (focus group). France; 2007.

11. Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ?, Treating cancer: how are the roles shared between general and specialist medicine? *Prat Organ Soins*. 2009;40(3):191-6.
12. Broca A de. Dumont M. L'annonce au malade. PUF, Questions de soin (2015). <https://www-em--prem-comdocadisups-tlsefrdatarevues17654629v12i4S1765462915001154> [Internet]. 14 déc 2015; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/1021838/resultatrecherche/10>
13. Mambrini O. Consultation d'annonce diagnostique de cancer: vécu du patient et place du médecin généraliste sept ans après l'initiation du plan cancer [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2010.
14. Omnes C. Impact du dispositif d'annonce du cancer sur la pratique des médecins généralistes en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2012.
15. Rongère-Casteigt J, Pinon E, Domecq S, Hoppe S, Bousser V, Vimard E, et al. Évaluation du dispositif d'annonce au sein de 29 établissements de santé d'Aquitaine autorisés en cancérologie : le projet EVADA. *Santé Publique*. 2016; 27(6):841-50.
16. Dufouleur C, Vincens M-E, Doré M, Vallée J-P. L'annonce de la mauvaise nouvelle en médecine générale Peut-on, et comment, s'y préparer ? *Médecine*. 1 mars 2011;7(3):131-5.
17. Rougé Bugat M-E, Omnes C, Delpierre C, Escourrou E, Boussier N, Oustric S, et al. Primary care physicians and oncologists are partners in cancer announcement. *Support Care Cancer*. juin 2016;24(6):2473-9.
18. Ferraton-Rollin M, Magné N, Gonthier R, Merrouche Y, Bois C. L'annonce du diagnostic de cancer : point de vue du médecin généraliste. *Bull Cancer (Paris)*. 1 oct 2013;100(10):955-62.
19. Delevallez F, Lienard A, Gibon A-S, Razavi D. L'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie : l'expérience belge. *Rev Mal Respir*. oct 2014;31(8):721-8.
20. Ministère des solidarités et de la santé - Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes- CIM-10 FR À USAGE PMSI-Volume 1- Avril 2018.
21. BiostaTGV-Statistiques en ligne. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/>
22. Allgar VL, Neal RD. General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. déc 2005;14(5):409-16.
23. Campbell NC, MacLeod U, Weller D. Primary care oncology: essential if high

quality cancer care is to be achieved for all. Fam Pract. 1 déc 2002;19(6):577-8.

24. Couraud Laouisset C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancers. Thèse d'exercice. Université Paris 7 Diderot. 2011;169.

25. Boiche T. Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale: Enquete auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes. Thèse d'exercice. Université de Poitiers. [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_boiche.html

26. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée de séances des médecins généralistes. Etudes et résultats N°481, Avril 2006, Drees [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>

27. Buckman R. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé. Masson, 2001.

28. Emmanuelidis H. Mise en place d'une consultation systématique en médecine générale à l'issue du dispositif d'annonce pour les patients atteints de cancer : faisabilité, satisfaction et intérêt. 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1620/1/2016TOU31157.pdf>

29. NGAP, Nomenclature générale des actes professionnels, Version du 27 septembre 2018. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-codage/ngap>

30. Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>

31. Cancer du côlon-rectum / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-colon-rectum>

32. Cancer du poumon / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-poumon>

33. Leenhardt L, Grosclaude P. Épidémiologie des cancers thyroïdiens dans le monde. /data/revues/00034266/v72i2/S0003426611000527/ [Internet]. 10 mai 2011; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/291104>

34. Haute Autorité de Santé - ALD n°30 - Cancer du testicule : Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancers du testicule Tumeurs germinales [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1061933/fr/ald-n30-cancer-du-testicule

35. Le Breton Lerouillois G. La démographie médicale En Région Midi Pyrénées Situation en 2015 - Atlas régionaux 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet].. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1664>

ANNEXES

<u>ANNEXE 1</u> : Questionnaire adressé aux médecins généralistes.....	36
<u>ANNEXE 2</u> : Approbation du comité d'éthique du département universitaire de médecine générale de Toulouse.....	42
<u>ANNEXE 3</u> : Approbation par la CNIL de la déclaration simplifiée par Méthode de Référence N°3.....	43
<u>ANNEXE 4</u> : Caractéristiques des médecins généralistes en fonction de la réalisation de la pré-annonce	44
<u>ANNEXE 5</u> : Supports d'information désirés par les médecins généralistes.....	45

QUESTIONNAIRE « Pré-Annnonce de cancer » :

Numéro d'anonymat du patient :

...

I. Caractéristiques générales : Epidémiologie

1-Vous êtes :

Un homme Une femme

2-Quelle est votre année de naissance ? (Ans)

...

3-Vous exercez en milieu :

Rural Semi rural Urbain

4- Quelle est votre année d'installation ?

...

5-Vous exercez dans un cabinet :

Seul
En cabinet de groupe
En MSP (Maison de santé pluridisciplinaire)

6-Avez-vous un/des diplôme(s) complémentaire(s) en :

Oncologie Soins palliatifs Prise en charge de la douleur
Aucun des trois ci dessus

Si oui de quel type :

DU DESC Capacité

7- Depuis combien de temps suivez vous ce patient ?

0-5 ans 6-10 ans >10 ans

8- Estimez-vous avoir participé au diagnostic du cancer de votre patient?

Oui Non

II. La pré annonce : L'hypothèse d'un cancer :

Nous définirons la "Pré annonce" de cancer comme :

Le moment ou vous évoquez la maladie cancéreuse avec votre patient dans le but de le préparer à cette éventualité avant la "Consultation d'annonce". Que le diagnostic soit hypothétique ou certain.

1- Avez-vous évoqué l'hypothèse d'un cancer avec votre patient avant qu'il ne voie le spécialiste en consultation d'annonce (oncologue, chirurgien)?

Oui

Non

Si vous cochez OUI, passez directement à la partie 3, page 3 du questionnaire. Sinon continuez.

2- Vous n'avez pas évoqué cette hypothèse avec ce patient car:

Cochez les propositions qui vous semblent les plus pertinentes.

	Cocher
1/ Vous n'avez pas vue votre patient avant la « consultation d'annonce » institutionnelle	
2/ Par manque de temps	
3/ Par difficulté à évoquer une maladie grave	
4/ Par peur de la réaction du patient	
5/ Vous pensez qu'informer le patient à ce stade de la maladie ne ferait qu'inutilement l'angoisser	
6/ Vous pensez qu'il n'est pas envisageable d'évoquer un diagnostic de cancer sans pouvoir faire de proposition thérapeutique ensuite	
7/ Vous n'aviez pas suspecté de cancer	
8/ Ce n'est pas votre rôle	
9/ Cela a été fait par un autre médecin	
10/ Par manque de données sur le résultat anatomopathologique	
11/ Par manque de données sur le traitement	
12/ Par manque de données sur le pronostic	

3- Auriez-vous souhaité préparer le patient à cette annonce avant qu'il ne voie le spécialiste ?

Oui

Non

Vous pouvez vous rendre directement à la partie 6, page 6 du questionnaire, sans remplir les pages 3, 4 et 5.

III. La pré annonce : Déroulement / Contexte

1- Aviez-vous prévu de parler de l'hypothèse d'un cancer lors de la consultation?

Oui Non

2- Combien de temps a duré cette consultation ?

-Moins de 15 min environ

-Entre 15 à 30 min

-Plus de 30 min environ

3- Le patient était il accompagné d'une ou plusieurs personne(s) ?

Oui Non

Si oui la(les)quelle(s) :

Famille Ami Personnel Soignant Autre(s) : ...

4- Avant cette consultation avez vous :

	OUI	NON
Réfléchi à la manière d'aborder ce diagnostic		
Fait des recherches sur les traitements proposés		
Fait des recherches sur le pronostic		
Pris l'avis d'un spécialiste sur la prise en charge		

5-Avez-vous fait cette pré annonce :

	OUI	NON
Après la découverte d'un signe clinique suspect		
Après un examen de dépistage (de masse ou individuel) anormal		
Après un examen complémentaire (imagerie, biologie) anormal		
Après la réalisation d'une biopsie		
Après la réception du résultat anatomopathologique confirmant le diagnostic de cancer		
A le demande d'un confrère		

IV. La pré annonce : Contenu

1- Avez-vous essayé de savoir :

- Ce que le patient savait déjà de son état de santé ?

Oui Non

- Ce qu'il voulait savoir de son état de santé ?

Oui Non

2- Avez-vous utilisé le mot « cancer » ?

Oui Non

3- Avez-vous volontairement restreint certaines informations afin de :

	Tout a fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Faire une annonce progressive en plusieurs temps				
Laisser de l'espoir au patient				
Ne pas délivrer trop d'information en une seule fois				
Par manque de temps				

4- Avez-vous parlé :

	OUI	NON
Des traitements possibles (Chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie)		
Du stade du cancer		
Du pronostic		
Des soins de support possibles		
Des effets indésirables des traitements		

5- Avez-vous délivré à votre patient des supports (écrits, schémas, références internet etc), explicatifs de sa maladie?

Oui Non

6- Estimez-vous avoir donné une réponse à toutes les interrogations de votre patient ?

Oui Non

7- Avez-vous fixé un autre rendez vous avec le patient à l'issue de cette consultation ?

Oui Non

V. La pré annonce : Ressenti et utilité

1-Vous-êtes vous sentie en difficulté lors de cette consultation par rapport :

	Oui	Non
A l'incertitude diagnostique		
Au manque d'élément(s) pronostic		
Au manque d'élément(s) thérapeutique		
A la difficultés relationnelles/émotionnelles		

2-Pensez-vous que cette consultation ait été utile pour le patient ?

Oui Non

3-Quel rôle pensez-vous avoir eu dans « l'annonce globale » du cancer de votre patient?

- Très important
- Plutôt important
- Plutôt peu important
- Très peu important

VI. Amélioration à envisager et outils à développer :

1-Pensez-vous qu'une pré-annonce de cancer par le médecin généraliste, préalable à l'annonce par le spécialiste devrait être intégrée de façon systématique au dispositif d'annonce?

- Tout a fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

2-Apprécieriez-vous avoir des supports d'informations oncologiques supplémentaires à votre disposition ?

- Oui
- Non

Si oui : Cochez les supports désirés

	Sur la maladie	Sur le traitement	Sur le pronostic	Sur les soins de supports disponibles
Pour vous même				
A remettre au patient				

3-Quels sont les supports d'informations oncologiques que vous utilisez ?

- Réseau de soins oncologiques
- Sites internet (HAS, Oncomip...)
- Référentiels/presse médicale
- Enseignement hospitalo universitaire
- Confrères
- Formation médicale continue / Groupe de pairs

4-Connaissez-vous le site internet Oncomip ?

- Oui
- Non

5-Seriez-vous intéressé par une formation complémentaire sur la façon d'aborder avec vos patients l'hypothèse d'un cancer?

- Oui
- Non

6- Commentaires libres :

ANNEXE 2 : Approbation du comité d'éthique du département universitaire de médecine générale de Toulouse



Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

**AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE
GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES**

Renseignements concernant le demandeur :

Nom : BERGES Magali
Qualité : Médecin généraliste non thésée
Adresse : 15 rue Sainte Marthe 31000 TOULOUSE
Courriel : magalibergeres@gmail.com
Numéro de téléphone : 06 87 11 54 24

Renseignements concernant le promoteur :

Nom : Faculté de médecine de Toulouse Rangueil, DUMG, sous la direction du Dr Marie-Eve ROUGE-BUGAT
Qualité : Docteur en médecine, Maître de stage universitaire
Adresse :
Courriel : marieeve.rouge-bugat@dumg-toulouse.fr

Titre complet de la recherche :

Point de vue des médecins généralistes au sujet de la réalisation d'une pré annonce de cancer en amont de la consultation d'annonce.

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2017-014

LE 12/8/2017

Dr Motoko Delahaye

ANNEXE 3 : Approbation par la CNIL de la déclaration simplifiée par Méthode de Référence N°3



RÉCÉPISSÉ

Madame BERGES Magali
MÉDECIN GÉNÉRALISTE REMPLAÇANT
15 RUE SAINTE MARTHE
31000 TOULOUSE

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2081263 v 0

du 06 juillet 2017

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : GCS INST UNIVERSITAIRE CANCER ONCOPOLE

Service : IUCT ONCOPOLE

Adresse : 1 AVENUE IRENE JOLIOT-CURIE

Code postal : 31100

Ville : TOULOUSE

N° SIREN ou SIRET :

801812009 00018

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 08 92 97 70 56

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 06 juillet 2017
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

ANNEXE 4 : Caractéristiques des médecins généralistes en fonction de la réalisation de la « pré-annonce »

	PA faite (N=54)		PA non faite (N= 27)		
	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)	p
Durée d'installation (années)	22	(11,1)	19	(11,8)	0,23 ^W
Age :					
Des patients	57,3	(16,4)	54,3	(16)	0,43 ^S
Des médecins	52,8	(10,8)	52,4	(9,7)	0,67 ^W
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	p
Sexes patients :					
Femme	34	(63)	16	(59,3)	0,74 ^C
Homme	20	(37)	11	(40,7)	
Type de cancer du patient :					
Sein	22	(40,7)	8	(29,6)	0,32 ^C
Hématologique	9	(16,7)	3	(11,1)	0,74 ^F
ORL	7	(13)	7	(25,9)	0,21 ^F
Sexes médecins :					
Femme	16	(29,6)	10	(37)	0,50 ^C
Homme	38	(70,4)	17	(63)	
Milieu d'exercice :					
Rural	15	(27,8)	6	(22,2)	0,67 ^C
Semi rural	24	(44,4)	11	(40,7)	
Urbain	15	(27,8)	10	(37)	
Type de cabinet :					
Seul	15	(27,8)	6	(22,2)	0,59 ^C
Groupe + MSP	34	(63)	17	(63)	
Temps de suivi du patient :					
>10 ans	26	(48,1)	10	(37)	0,34 ^C
<10 ans	28	(51,9)	17	(63)	
Formation en oncologie :					
Oui	4	(7,4)	1	(3,7)	0,66 ^F
Non	50	(92,6)	26	(96,3)	
Participation au diagnostic :					
Oui	49	(90,7)	16	(59,3)	<0.01^C
Non	5	(9,3)	11	(40,7)	

PA= Pré-annonce ; ^F= test de Fisher ; ^C= test du Chi² ; ^W= test de Wilcoxon-Mann-Withney ;
^S= test de Student ; **<0,05** = résultat significatif

ANNEXE 5 : Supports d'information désirés par les médecins généralistes

Supports d'information désirés (N=64/81)	Pour le médecin		Pour le patient	
	N	(%)	N	(%)
Sur la maladie	47	(73,4)	43	(67,2)
Sur le traitement	57	(89,1)	42	(65,6)
Sur le pronostic	53	(82,8)	22	(34,4)
Sur les soins de supports	50	(78,1)	37	(57,8)

LA PRÉ-ANNONCE DE CANCER EN MÉDECINE GÉNÉRALE : État des lieux et analyse

Les médecins généralistes (MG) sont associés au 4^e et dernier temps du dispositif d'annonce (DA). Pourtant ils sont amenés à évoquer l'hypothèse du diagnostic de cancer en amont de celui-ci. Nous avons défini la « pré-annonce » (PA) comme le moment où le MG évoque pour la première fois la maladie cancéreuse dans le but de préparer le patient à cette éventualité. Le but de cette étude était d'évaluer le déroulement et le contenu de cette phase préparatoire à l'annonce. Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive des pratiques professionnelles par questionnaires auprès des MG dont un des patients avait eu une consultation d'annonce à l'IUCT-Oncopôle entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2017. Sur les 174 dossiers patients retenus, 81 MG ont répondu. 54 avaient réalisé une PA, dont 75% l'avaient préparée. Les MG prennent le temps de faire des consultations longues, durant lesquelles ils évoquent les traitements et les soins de support de la maladie. Les médecins n'hésitaient pas à restreindre certaines informations pour laisser de l'espoir au patient et faire une PA en plusieurs étapes. Les MG qui anticipaient la PA en faisant des recherches sur le traitement et le pronostic de la maladie avaient des consultations plus longues ($p < 0,05$). Le fait de revoir le patient à distance était corrélé à une consultation de PA complète : longue, programmée et où le mot « cancer » avait été dit ($p < 0,05$). Actuellement la PA est informelle pourtant les MG s'investissent et organisent cette consultation. Les MG sont favorables à la systématisation de la PA dans le cadre du DA. Cela permettrait de répondre à l'un des objectifs du 3^{eme} plan cancer et d'assurer par l'implication du MG une meilleure coordination des soins et un meilleur accompagnement du patient.

THE PRE-ANNOUNCEMENT OF CANCER IN GENERAL MEDICINE: State of play and analysis

General Practitioners (GPs) are associated with the 4th and last time of the announcement device (DA). Yet they are led to discuss the hypothesis of cancer diagnosis upstream of it. We have defined "pre-announcement" (PA) as the moment when the MG first evokes the cancerous disease in order to prepare the patient for this eventuality. The purpose of this study was to evaluate the progress and content of this pre-announcement phase. We carried out an observational, descriptive study of the professional practices by questionnaires with the MGs of which one of the patients had had an announcement consultation at the IUCT-Oncopôle between October 1st and December 31st, 2017. Of the 174 patient files selected, 81 MG responded. 54 had completed an AP, of which 75% had prepared it. GPs take the time to do long consultations, during which they talk about treatments and supportive care of the disease. Doctors did not hesitate to restrict certain information to give hope to the patient and to make an AP in several stages. GPs who anticipated PA by researching the treatment and prognosis of the disease had longer consultations ($p < 0.05$). Remotely seeing the patient was correlated with a full, long-term PA consultation and the word "cancer" was reported ($p < 0.05$). Currently the PA is informal yet the MGs invest and organize this consultation. The MGs are in favor of the systematization of PA in the framework of the AD. This would make it possible to respond to one of the objectives of the 3rd cancer plan and to ensure, through the involvement of the MG, a better coordination of care and a better accompaniment of the patient.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeur de thèse : Dr Vladimir DRUEL

Mots clés : Pré-annonce, annonce, cancer, médecin généraliste, coordination

Keywords : Pre-announcement, announcement, cancer, general practitioner, coordination

Faculté de médecine Toulouse Rangueil–133, Route de Narbonne–31062 Toulouse–France