

Quelle place pour les praticiens généralistes dans la prise en charge des patients cancéreux de la région du centre Tunisien : Etude rétrospective à propos de 215 médecins.

What could be the contribution of general practitioners in the management of cancer patients from the central region of Tunisia: A retrospective study about 215 physicians.

Intinene Belaid, Leila Ben Fatma, Makrem Hochlaf, Soumaya Mnasser, Mohamed Zaher Boudagga, Imene Chabchoub, Faten Zairi, Olfa Gharbi, Slim Ben Ahmed.

Service d'oncologie - Hôpital Farhat Hached. Sousse.

RÉSUMÉ

Prérequis : Le médecin généraliste a un rôle majeur dans la prévention et le dépistage du cancer. En revanche, son rôle durant la prise en charge thérapeutique et la surveillance des patients atteints de cancer reste à préciser.

Objectif : Evaluer le rôle éventuel des médecins généralistes des secteurs public et privé dans la prise en charge de patients atteints de cancer pendant le protocole thérapeutique et dans la période post-traitement, analyser les problèmes rencontrés et proposer d'éventuelles solutions.

Méthodes : Une enquête déclarative rétrospective de type CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) a été menée du premier septembre 2010 au 28 février 2011 dans la région du centre Tunisien auprès de 215 médecins de première ligne des secteurs public et privé. Le questionnaire portait sur l'implication réelle, le rôle pendant le traitement et la surveillance ainsi que la couverture des soins de support.

Résultats : 80 % des médecins ayant participé à l'enquête étaient impliqués dans la prise en charge de leurs patients, essentiellement en veillant à l'observance des traitements (42,9%), dans la surveillance post-thérapeutique (42,3%) et la couverture des soins palliatifs (29%), la majorité d'entre eux n'ayant cependant jamais prescrit de morphiniques (66,5%). 46,6% seulement des médecins ont annoncé le diagnostic de cancer aux malades. Les questionnés ont déploré un manque de formation en cancérologie (22,8%) et le sentiment d'être exclus de la prise en charge des malades après les avoir confiés à leurs confrères spécialistes (48,8%). Ils ont exprimé leur désir d'avoir une meilleure formation en oncologie (79,5%) et d'adhérer à un réseau structuré de cancérologie (55,8%).

Conclusion : La majorité des médecins généralistes de notre région se sont impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Cette prise en charge était défectueuse en matière de soins palliatifs et de prescription des produits morphiniques. La promotion de la formation continue dans ce domaine et la mise en place de réseaux de soins pourraient permettre d'étendre le champ d'intervention des médecins généralistes dans le réseau gérant les patients.

Mots-clés

Enquête ; Conduite à tenir ; Médecin généraliste ; Tumeur maligne

SUMMARY

Background: General practitioners have a major contribution in cancer prevention and screening. However, their contribution in the treatment plan management and in the post treatment follow-up of cancer patients needs to be clarified.

Objective: To evaluate the contribution of general practitioners of the public and private sectors in the management of cancer patients during and after the treatment protocol. To analyze the problems they encounter and find the possible solutions.

Method: A retrospective declarative KAP (Knowledge, Attitudes and Practices) survey was conducted from first September 2010 to 28 February 2011 in the central region of Tunisia among 215 primary care physicians in the public and private sectors. The questionnaire focused on their effective involvement, the role during treatment, follow up and supportive care.

Results: Nearly 80% of physicians who participated in the survey were involved in the management of their patients, primarily by ensuring adherence to their treatment (42.9%), in the follow up care after treatment (42.3%) and in palliative care (29%), however the majority has never prescribed opioid drugs (66.5%). Only 46.6% of the physicians announced the diagnosis of cancer to their patients. The questioned doctors deplored the lack of training in oncology (22.8%) and the feeling of being excluded from the management of their patients once they have addressed them to their specialist peers (48.8%). The interviewed physicians expressed their wish to have a further medical training in oncology (79.5%) and to join a structured cancer network (55.8%).

Conclusion: The majority of interviewed general practitioners of our region were engaged in cancer patients' care. However, gaps were identified especially in palliative care and in prescribing opioid drugs. Promoting continuing education in this field and the establishment of cancer networks will allow extend the scope of general practitioners' intervention in the cancer network.

Key - words

Survey; Clinical management ; General practitioner ; Malignant tumor

Le cancer est avec plus de 12 millions de cas et 7 millions de décès annuels, un problème majeur de santé publique du fait de sa fréquence et de sa gravité. Le but de l'étude européenne EURO SENTI-MELC était d'analyser les conditions de fin de vie via des réseaux de médecins généralistes [1]. L'étude a démontré que la cause de décès non soudain a été imputée au cancer dans 37 à 53% des cas. En milieu de première ligne médicale ou en consultation spécialisée, il s'agit d'un motif de consultation de plus en plus fréquent et « banalisé » du fait de la « chronicisation » des maladies tumorales malignes. Le médecin généraliste (MG) du secteur public (Pu) ou privé (Pr) doit jouer un rôle majeur dans la prévention [2, 3] et le dépistage/détection précoce, ainsi que la surveillance après traitement d'un cancer. En France, l'omnipraticien a également un rôle important au sein même des établissements de lutte contre le cancer : prise en charge globale des patients, gestion quotidienne des patients hospitalisés permettant un allègement de la charge de travail des oncologues, continuité de soins avec le médecin traitant, participation à la gestion de l'hôpital de jour, des urgences, des consultations externes des soins de support et de surveillance, évaluations oncogériatriques, consultations de la douleur et missions de prévention et d'enseignement [4]. L'objectif de notre enquête est d'évaluer la contribution du MG du centre de la Tunisie dans le parcours de soins des patients cancéreux, analyser les problèmes rencontrés et proposer d'éventuelles solutions.

MÉTHODES

Nous avons mené une enquête rétrospective déclarative de type CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) du premier septembre 2010 au 28 février 2011 dans la région du centre Tunisien, auprès de 215 médecins de première ligne du Pu/Pr. Un questionnaire anonyme a été adressé dans les 6 gouvernorats de cette région: Sousse, Monastir, Mahdia, Kairouan, Sidi Bouzid, Kasserine. Ce questionnaire pré établi a été préalablement corrigé et validé par un groupe de travail associant des médecins représentants du service de Médecine Carcinologique du centre hospitalo-universitaire Farhat Hached de Sousse et l'ensemble des médecins chefs de service de soins de santé de base (SSB) des gouvernorats concernés. Les médecins Pr ont été choisis au hasard tandis que pour les médecins Pu les questionnaires leur ont été distribués par les chefs de service de SSB. Nous avons précisé les caractéristiques épidémiologiques de la population médicale interviewée: âge, sexe, ancienneté professionnelle, lieu d'exercice ainsi que le nombre de malades atteints de cancer vus en consultation/médecin. Des questions ayant trait aux connaissances et aux attitudes pratiques des médecins de première ligne face au cancer ont été posées. Les principaux items concernent : la formation en cancérologie ; la contribution à la prise en charge des malades atteints de cancer ; la prescription des produits morphiniques ; la couverture des soins palliatifs. L'étude statistique a été faite par le logiciel SPSS 11 au service d'épidémiologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse.

RÉSULTATS

Le taux de participation à notre enquête était de 98,6% (3 refus). L'âge moyen des médecins questionnés était de 46,28 ans (24-64 ans), le

sex-ratio était de 1,3 et l'ancienneté moyenne de 16 ans (1-34ans). Les secteurs Pu (79,1%) et Pr (16,7%) ont représenté à eux seuls 95,8% des médecins de notre étude. Six médecins étaient affectés aux polycliniques de la Caisse Nationale de sécurité sociale (CNSS) et 3 médecins en Médecine de travail, à l'Office National de Formation Professionnelle (ONFP) et à la Société Tunisienne de l'Electricité et du Gaz (STEG).

La fréquence annuelle du nombre de malades atteints de cancer vus en consultation était de 1 à 5 malades par an pour la majorité des médecins de notre enquête (62,8%). Seuls 22,8 % des médecins interrogés avaient bénéficié d'un enseignement post universitaire en cancérologie. Quarante six pour cent des médecins interrogés ont annoncé le diagnostic de cancer aux malades. 78,1% des médecins questionnés (168 médecins) ont contribué à la prise en charge des patients atteints de cancer. Les 47 médecins qui n'ont jamais participé à cette prise en charge étaient surtout du secteur public (24,5 % contre 5,6 % du secteur privé, $p=0,003$). Près de la moitié (48,8 %) des médecins questionnés avaient le sentiment d'être exclus de la prise en charge des malades après les avoir confiés aux confrères spécialistes. Ce sentiment était plus exprimé par les médecins exerçant en santé publique (51,8 %) comparativement à leurs confrères en privé (33,3%) avec une différence statistiquement significative ($p=0,034$). Le tableau I représente les modalités de contribution des 168 médecins généralistes à la prise en charge des patients chez qui ils ont découvert un cancer. 42,9% ont participé à l'observance du traitement, 42,3% à la surveillance post-thérapeutique et 29% avaient un rôle dans la couverture des soins palliatifs. Les médecins les plus impliqués dans les soins palliatifs étaient de sexe masculin (34% vs 21%, $p=0,06$). Le suivi et le retour à domicile des patients n'ont intéressés qu'une minorité des interrogés (15,5% et 6,5% respectivement) et ont été réalisés essentiellement par les médecins généralistes du secteur privé. La majorité des médecins n'ont jamais prescrit de produits morphiniques (66,5 %), 35,5% du fait de la non disponibilité des médicaments. Ceci était significativement plus marqué dans le secteur Pu (69,4% vs 50%) que dans le secteur Pr ($p=0,03$). 31,3% des médecins n'ont pas eu d'occasion préalable de prescrire des produits morphiniques, 18,7 % étaient réticents à l'idée de cette prescription et 14,5% ont évoqué d'autres raisons telles que : le manque de formation; les formalités de prescription et de délivrance compliquées et le problème de responsabilité. Seuls 51,2 % des médecins interviewés connaissaient les règles de prescription des morphiniques, dont 77,8% du Pr vs 46,5% du secteur Pu ($p=0,0006$). La majorité des médecins (79,5 %) ont exprimé leur souhait d'avoir une meilleure formation en oncologie. Plus que la moitié (55,8 %) ont souhaité adhérer à un réseau de cancérologie. L'analyse des résultats n'avait pas montré de différence statistiquement significative selon le lieu d'exercice. Leurs motivations étaient formulées comme suit:

- Etre capable d'expliquer la maladie et les différents traitements aux patients et à leurs parents proches.
- Etre toujours au courant des nouvelles modalités de prise en charge.
- Assurer une continuité dans la prise en charge en consolidant la coopération entre les différents niveaux sanitaires.
- Pouvoir aider les malades à adhérer à leurs traitements.
- Pouvoir diminuer au maximum le déplacement des patients aux centres hospitalo-universitaires et mieux les suivre entre les rendez-vous des services spécialisés qui sont éloignés.

- Pouvoir être toujours près des malades atteints de cancer, les soulager, diminuer leurs souffrances physiques et psychiques.
- Savoir prodiguer des soins palliatifs à domicile.

DISCUSSION

La majorité des 215 MG de notre région ont dit avoir été impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer et ceci de l'annonce du diagnostic à l'accompagnement en fin de vie. Cette participation au parcours de soins était jugée insuffisante lors du choix du protocole de traitement, de l'administration des soins palliatifs et de la prescription des produits morphiniques. Il s'agissait essentiellement d'un manque de formation et de l'absence de rétro-information dès lors qu'ils confiaient les malades à leurs confrères spécialistes. C'est pourquoi la majorité d'entre eux souhaiterait avoir une meilleure formation en oncologie et adhérer à un réseau structuré de cancérologie.

La région du centre de la Tunisie compte environ 770 médecins et le nombre de médecins généralistes par 100000 habitants est de 26,8. Cette même région ne compte que seulement 14 médecins spécialistes en Médecine Carcinologique (9 dans la ville de Sousse et 5 dans les autres gouvernorats) dont 10 médecins sont affectés en santé publique. Le MG est en principe le médecin le plus proche du patient du fait de cette proximité, sa bonne connaissance du patient et de ses conditions de vie, il devrait être le pivot du parcours de soin en oncologie. Cependant la majorité des médecins interrogés dans notre enquête avaient dans leur clientèle seulement 1 à 5 patients cancéreux par an. Ce chiffre est nettement inférieur à celui retrouvé dans la littérature. Dans l'étude française réalisée en mars 2000, les médecins généralistes avaient en moyenne 16 patients cancéreux dans leur clientèle et 5 nouveaux cas par an [5]. De même, les médecins généralistes australiens voient à leur consultation environ 4 nouveaux cas par an [6]. Le diagnostic de cancer est souvent fait par le MG qui prépare également le patient à l'annonce du diagnostic par le spécialiste. Dans un second temps, il commente, reformule, explique tout ce qui est resté en suspens au cours de la consultation d'annonce [7]. La bonne connaissance du patient, de son vécu psychologique face à la maladie, de son contexte socio-économique et familial lui permettra d'aider de manière appropriée le patient dans la gestion psychologique de ce moment très difficile qu'est l'annonce du diagnostic. Dans notre étude, seuls 46,6% des médecins généralistes ont annoncé le diagnostic de cancer aux malades. Ce résultat est de loin inférieur à celui rapporté dans la littérature. En effet, une enquête Française publiée en 2010 sur la prévention, le dépistage et l'annonce du cancer [8] a mis en évidence que 92% des médecins généralistes estiment avoir chaque année à annoncer le diagnostic de cancer à au moins un de leurs patients. Une des explications à cette défaillance pourrait être le problème de manque de connaissances et de formation: rappelons que seuls 22,8% ont eu un enseignement postuniversitaire en carcinologie.

Dans notre enquête, 42,9% des MG interrogés ont affirmé participer à l'observance thérapeutique de leurs malades. Le MG est celui qui connaît le mieux le patient dans sa globalité, avec toutes les comorbidités qui pourraient se décompenser au cours du traitement [9] et serait donc plus à même de pouvoir gérer les effets secondaires des traitements. Les résultats des enquêtes rapportés dans la

littérature sont discordants. Dans le cadre de la lutte contre le cancer, une étude française TNS SOFRES (Taylor Nelson, Société française d'enquêtes par sondages) a été réalisée en 2003, auprès de 1002 personnes ayant été hospitalisées dans l'un des 20 centres de lutte contre le cancer. Cette étude a montré que dans les périodes difficiles de la maladie notamment au cours des effets secondaires, le MG est dans 17% des cas la personne sollicitée, versus 55% dans l'étude de Bungener [10]. Cette tâche est perçue comme complexe par les médecins généralistes d'Aquitaine [5].

La prise en charge de la douleur est souvent considérée comme un exercice « difficile et impliquant » et le médecin doit pouvoir adapter une thérapeutique individualisée et appropriée [11]. En 2005, dans l'étude Française EPIDOL [12], il a été retrouvé de nombreuses mauvaises pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de la douleur. Des lacunes au niveau de l'évaluation de la douleur mais aussi au niveau du traitement (notamment l'utilisation des opioïdes) ont été identifiées. Ces résultats sont concordants avec ceux de notre étude puisque la majorité des médecins ayant participé à l'enquête n'ont jamais prescrit de produits morphiniques (66,5 %).

Dans notre étude, près du tiers des médecins généralistes ont contribué à la couverture des soins palliatifs ce qui est nettement inférieur à ce qui est retrouvé dans la littérature [13]. Dans l'étude de Burge FI et al [14], partager le suivi de leurs patients atteints de cancer pour les médecins généralistes, c'est pour 33% d'entre eux s'impliquer en cas d'évolution défavorable du cancer en prodiguant les soins palliatifs et en assistant la fin de vie à domicile, en prenant également en charge les proches des patients. A cette étape de la maladie cancéreuse, le MG est le seul qui peut se rendre au chevet du patient si celui-ci ne peut se déplacer au cabinet de consultations [11]. Bungener [10] a révélé que 40% des patients ont passé tout ou une partie de leurs phases terminales entourés par leurs familles et leurs médecins traitants.

Avec l'amélioration du pronostic de nombreux cancers, les complications tardives des traitements deviennent un enjeu de santé publique. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients cancéreux long-survivants est controversé [15]. Selon une enquête réalisée aux Etats Unis auprès de 1072 médecins généralistes, les manques de formation et d'expérience seraient parmi les principaux obstacles à cette prise en charge [16].

La survie des patients en oncologie est étroitement dépendante de la qualité de la formation et du cursus des acteurs de santé [17]. La formation du MG constitue un réel défi [18]. La connaissance théorique de base sur la pathologie cancéreuse est un outil indispensable pour comprendre la situation de chaque patient, et doit être régulièrement actualisée. Etant donnée la vitesse d'évolution des traitements, la formation initiale devient rapidement obsolète [1]. Concernant nos médecins, peu d'entre eux ont bénéficié d'une formation en cancérologie (23%). L'enseignement universitaire de la cancérologie dans nos facultés de médecine comprend une description et une classification précises des différents cancers ainsi que des traitements associés, parfois relevant de l'hyper spécialité, alors que très peu de cours sont consacrés à la prise en charge globale du patient atteint de cancer et aux soins de supports qui accompagnent ces traitements spécifiques. Ce déséquilibre est regrettable dans la mesure où les thérapeutiques spécifiques sont du ressort des oncologues spécialistes, alors que tout médecin, surtout

s'il est généraliste, est amené à prendre en charge des patients atteints de cancer.

A chaque étape de la maladie, le cancer est à l'origine d'une remise en cause des repères des patients. Le médecin qui prend en charge ces derniers doit les aider de manière subtile, par un suivi psychologique et empathique, à reconstituer leurs repères afin de retrouver à chaque fois un certain équilibre. Une formation en onco-psychologie s'avère donc également nécessaire.

La relation de la plupart des médecins de première ligne avec les équipes spécialisées demeure problématique et marquée par le dilemme entre l'organiser ou la subir [10]. Dans notre enquête, près de la moitié (48,8 %) des médecins avaient le sentiment d'être exclus de la prise en charge des malades après les avoir confiés aux confrères spécialistes. La perception par les généralistes d'un contexte d'échange inégal se manifeste essentiellement dans trois dimensions: les lacunes dans la transmission d'informations sur leurs patients; de façon plus générale, le mépris de leurs confrères spécialistes à leur égard; enfin la captation et la perte de certains de leurs patients [20]. Afin d'étendre leur champ d'intervention, la majorité des médecins interrogés dans notre enquête (79,5%) souhaite avoir une formation en cancérologie. Cette demande n'épargne aucun sous groupe de la population, même celui ayant déjà bénéficié d'une telle formation. Nos résultats sont tout à fait concordants avec ceux de la littérature [8, 13, 21]. L'étude française réalisée en 2000 [5] a mis en évidence que les médecins généralistes souhaiteraient être plus impliqués dans la prise en charge de leurs patients cancéreux, et seraient à la recherche d'une formation complémentaire sur les traitements cytotoxiques et notamment les effets secondaires. Le Plan Cancer 2009-2013 prévoit en France le développement de formations pour les médecins généralistes, afin qu'ils disposent de l'accès à une actualisation de leurs connaissances ainsi que d'outils pour faciliter la continuité des prises en charge sur le terrain. En Tunisie, l'une des principales mesures du plan cancer 2010-2014 est la formation des médecins de première ligne. Beaucoup d'efforts ont été également fournis dans ce domaine ces dernières années par l'association tunisienne contre le cancer (ATCC), l'association des malades du cancer (AMC) et l'association tunisienne d'assistance aux malades atteints de cancer

du sein (ATAMS). Citons en particulier dans la région du centre Tunisien les efforts de l'Association de Recherche et d'Information sur le Cancer (ARIC) dont l'un des objectifs est la formation actualisée des médecins dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des malades atteints de cancer à travers différentes manifestations scientifiques telles que: les « séminaires de prévention des cancers » organisés chaque année et l'organisation d'enseignements postuniversitaires destinés essentiellement aux médecins de première ligne.

Plus de la moitié des médecins généralistes de notre enquête (55,8%) expriment leur désir d'adhérer à un réseau structuré de cancérologie. Ce réseau permettrait une meilleure coordination, aussi bien entre la ville (notamment le MG) et l'hôpital en améliorant la transmission de l'information, qu'entre les différents intervenants du parcours de soins. Les réseaux participent ainsi à l'efficacité du système, en apportant une valeur ajoutée à la fois pour les patients et pour les professionnels. Au centre Tunisien, un réseau de cancérologie a été mis en place depuis quelques années en collaboration entre le service de médecine carcinologique du CHU Farhat Hached de Sousse et les différentes délégations de soins de santé de base de la région. Ce réseau regroupe des représentants des différents gouvernorats avec des médecins référents pour chaque région. Son but est de rapprocher les soins aux malades tout en travaillant en collaboration avec le médecin spécialiste.

CONCLUSION

La majorité des MG ont répondu avoir été insuffisamment impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Ces insuffisances ont concerné surtout les soins palliatifs et la prescription des produits morphiniques avec absence de rétro-information après qu'ils aient adressé les malades à leurs confrères spécialistes. La promotion de la formation continue dans ce domaine et la mise en place de réseaux de soins structurés pourraient permettre d'étendre le champ d'intervention des médecins généralistes dans le réseau géant les patients.

Références

- 1 Van den Block L, Onwuteaka-Philipsen B, Meeussen K, et al. Nationwide continuous monitoring of end-of-life care via representative networks of general practitioners in Europe. *BMC Fam Pract.* 2013; 14:73.
- 2 Brownson RC, Davis JR, Simms SG, et al. Cancer control knowledge and priorities among primary care physicians. *J Cancer Educ* 1993; 8: 35-41
- 3 McIlfatrick S, Keeney S, McKenna H, McCarley N, McElwee G. Investigating the role of the general practitioner in cancer prevention: a mixed methods study. *BMC Fam Pract.* 2013; 14:58.
- 4 Gangler A, Delva R, Gamelin E. [The role of general practitioner in French cancer centers]. *Bull Cancer.* 2013; 100:323-32.
- 5 Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes. Résultats d'une enquête auprès de 422 médecins en Aquitaine. *Presse Med* 2003; 32: 1060-5
- 6 McAvoy BR. General practitioners and cancer control. *Med J Aust* 2007; 187: 115-7.
- 7 Brocq H, Collomp R, Bioy A. Le dispositif médical d'annonce: enjeux, méthodes, proposition pour l'avenir. *Douleurs* 2005 ; 6: 197-224
- 8 Rougé Bugat ME, Pierre Mesthé P, Filleron T, et al. Prévention, dépistage et annonce du cancer : le rôle du médecin généraliste. " Enquête d'opinion dans la région Midi-Pyrénées". *Rev Prat* 2010; 14: 21.
- 9 Krakowski I, Chardot C, Bey P, et al. Organisation coordonnée de la prise en charge des symptômes et du soutien à toutes les phases de la

- maladie cancéreuse: vers la mise en place de structures pluridisciplinaires de soins oncologiques de support. *Bull Cancer* 2001; 88: 321-8
- 10 Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée? *Prat Organ Soins* 2009; 40: 191-6
 - 11 Collectif de 53 medecins généralistes. Le médecin généraliste et les douleurs d'origine cancéreuse: RESONantes : témoignage d'un groupe de 53 médecins généralistes impliqués dans la prise en charge de la douleur. *Douleurs* 2007; 8: 313-9
 - 12 Emery C, George B, Gomas JM, et al. Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL. *Douleurs* 2005; 6: 366-73
 - 13 Aubin M, Vézina L, Allard L, et al. Les soins palliatifs. Profil de pratique des médecins de la région de Québec. *Can Fam Physician* 2001; 47: 1999-2005
 - 14 Burge FI, Lawson B, Johnston G, Flowerdew G. Health care restructuring and family physician care for those who died of cancer. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 1
 - 15 Tirelli U1, Spina M, Augello AF, et al. Is it better to transfer long-term cancer survivors to general practitioners or develop clinics for long-term survivors within the cancer centers? *J Clin Oncol* 2014; 32: 257.
 - 16 Virgo KS1, Lerro CC, Klabunde CN, et al. Barriers to breast and colorectal cancer survivorship care: perceptions of primary care physicians and medical oncologists in the United States. *J Clin Oncol* 2013; 3: 2322-36.
 - 17 Burton A. Do family doctors get enough oncology training? *Lancet Oncol* 2008; 9: 94-5
 - 18 Marti P. La problématique médecin généraliste et cancer *Oncologie* 2010; 12: 120-4
 - 19 Barton M, Bell P, Sabesan S, Koczwara B. What should doctors know about cancer? Undergraduate medical education from a societal perspective. *Lancet Oncol* 2006; 7: 596-601
 - 20 Anvik T, Holtedahl K, Mikalsen H. "When patients have cancer, they stop seeing me" – the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer – a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 19
 - 21 Liard F, Chassany O, Keddad K, Jolivet-Landreau I. Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale *Douleurs* 2002; 3: 69-73