

M E D E C I N E G E N E R A L E E T C A N C E R

La Concertation Nationale sur le Cancer qui s'est déroulée de septembre 1982 à janvier 1983, a permis à la Société Française de Médecine Générale de reprendre et de préciser, pour un plus grand nombre d'interlocuteurs, la position de notre discipline parmi les institutions qui s'occupent des cancéreux et le rôle dont nous revendiquons la responsabilité et les moyens adéquats.

Une partie des idées qui ont été émises résultent d'un premier colloque entre généralistes et cancérologues hospitaliers et libéraux qui s'est tenu au Séminaire de printemps de notre Société, à Jouy-En-Josas, en mars 1981 et dont il a été rendu compte dans le bulletin n° 7 de la S.F.M.G.

On trouvera, ci-joint, trois documents :

1 - le compte rendu du groupe de travail Ile-de-France sur le thème VIII de la concertation "Institutions et structures", tel qu'il a été publié et communiqué au groupe national chargé de ce thème.

Ce texte présente une analyse détaillée de la situation actuelle des structures médicales, et plus particulièrement, celle de la médecine générale, dans la prise en charge des soins médicaux aux cancéreux. Nous développons les conséquences de cette situation et proposons des solutions aux problèmes posés.

2 - Un texte présenté en son nom propre par le Dr ROSOWSKY dans le cadre du thème IV de la concertation "Le cancer - images, mythes et morale". Ce texte s'intitule : "du rôle de l'idéologie médicale comme religion dans la naissance des mythes concernant les maladies et le cancer comme maléfice".

3 - Une analyse d'un texte que nous considérons comme représentatif de certains stéréotypes très répandus. Ce texte est présenté volontairement sans nom d'auteur. Il s'agit, en effet, d'un des nombreux écrits qui ont circulé, pour information, lors de la concertation sur le cancer et nous respectons les idées de l'auteur et son effort de rationaliser sa propre approche de la maladie. Mais nous sommes amenés à

utiliser ce texte, ici, dans un but d'analyse et de mise à jour d'un réseau de pensée beaucoup plus général qui, selon nous, concerne la relation d'un très grand nombre d'entre nous à la maladie cancéreuse. Ce faisant, nous ne voulons en aucune façon heurter ou blesser la sensibilité de quiconque mais contribuer seulement à la compréhension de certains phénomènes propres à la maladie cancéreuse et montrer l'un des modes par lesquels elle peut être intégrée.

En plus du responsable du Département Recherche de la Société Française de Médecine Générale, ont contribué à la concertation :

le Dr B. DEGORNET, dans la région Ile-de-France,

le Dr A. FLACHS, dans la Basse-Normandie,

le Dr J. FOEX, dans la région Rhône-Alpes,

tous trois sont membres du Conseil Scientifique de notre département Recherche,

le Dr GALLAIS, membre du bureau de la Société.

CONCERTATION NATIONALE SUR LE CANCER
Comité Régional Ile de France - Sud

CONTRIBUTION DU GROUPE "INSTITUTIONS ET STRUCTURES"

Le groupe, chargé au sein du Comité Régional Ile-de-France - Sud, d'étudier le thème "Institutions et Structures" a examiné, à partir des contributions individuelles qui lui ont été adressées, mais aussi de ses réflexions propres, les problèmes souvent complexes que pose le fonctionnement des structures actuelles de soins anti-cancéreux et les moyens d'améliorer ce fonctionnement.

Partant de la constatation que la lutte contre la maladie cancéreuse était organisée en France, à la fois dans des institutions publiques, les hôpitaux publics ou para-publics, les Centres de lutte contre le cancer (C.L.C.C.) et dans des structures libérales, cliniques privées et médecine praticienne, le groupe a consacré à chacune de ces structures une étude particulière :

I - LES CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER (C.L.C.C.)

Le groupe chargé du thème VIII a longuement discuté du rôle des C.L.C.C., il a considéré les côtés positifs des centres, émis des critiques à leur fonctionnement, présenté des suggestions quant à l'amélioration possible -ceci compte tenu, notamment, des contributions reçues.

Sur le plan positif : les contributeurs se sont retrouvés d'accord sur les points suivants dont ils estiment le maintien indispensable ou dont ils apprécient l'importance :

- autonomie de gestion
- pluridisciplinarité dans la décision thérapeutique au sein d'une équipe non hiérarchisée
- présence d'un plateau technique important et de qualité
- présence d'une recherche clinique
- présence d'un personnel de secrétariat important
- dossier médical unique
- mise sur pied de protocoles uniques par localisation et par centre
- qualité du suivi post-thérapeutique
- existence d'un Médecin-Directeur

Plusieurs participants ont insisté sur le fait que la recherche clinique existait également dans d'autres centres.

On insiste sur la nécessité de respecter ces points fondamentaux du fonctionnement des C.L.C.C.

Sur le plan de la critique : du fonctionnement des C.L.C.C., les participants et plusieurs contributeurs se retrouvent sur les points suivants :

.../...

- absence de démocratie réelle dans la gestion liée en partie aux pouvoirs statutairement absolus du directeur et au manque de participation du personnel
- insuffisance de l'intégration des centres dans la lutte anti-cancéreuse en général, liée à :
 - . manque de relations avec les centres privés de traitement, les médecins privés, les C.H.U. et C.H.,
 - . absence (ou insuffisance) de la participation à l'enseignement de la cancérologie (lui-même très insuffisant)
 - . absence de relation avec les efforts de dépistage et de prévention (et avec les organismes associatifs qui les sous-tendent)
- insuffisance de la recherche clinique, et absence d'évaluation des résultats globaux de la recherche (clinique et expérimentale)
- absence d'homogénéité du statut des médecins des C.L.C.C. entraînant une trop grande stabilité du personnel ; insuffisance du travail commun entre les centres.

Sur le plan des suggestions positives : il existe une convergence entre les participants et avec les contributeurs, mais certaines de ces suggestions restent floues (manque de temps et de place)

Gestion :

- Modification de la composition du Conseil d'Administration (plus grand rôle des organismes de Santé Publique)
- élargissement des pouvoirs du comité technique qui doit ne pas être uniquement consultatif sur des points à préciser (composition dudit comité à préciser ; participation du personnel non médical)
- mise sur pied d'un conseil scientifique extérieur au centre et dont les membres ne seraient pas nommés par lui

Directeur : Médecin, nommé pour 5 ans, renouvelable une fois ; modalités de nomination à discuter.

Enseignement :

- plus grande participation statutaire des membres des C.L.C.C. non universitaires à l'enseignement de la cancérologie, ceci incluant obligatoirement la cancérologie d'organe
- persistance de la présence d'universitaires à l'intérieur des C.L.C.C
- développement de l'enseignement de la cancérologie à tous les niveaux (étudiants, spécialités, E.P.U., personnel non médical).

Dans l'ensemble, l'accord semble se faire sur :

- la nécessité de maintenir les C.L.C.C. qui ont fait la preuve de leur efficacité et peuvent, par certains points, servir de modèle à des structures analogues
- la nécessité d'une amélioration de leur organisation dans le sens d'une plus grande libéralisation
- la nécessité d'une plus grande intégration des dits C.L.C.C. aux différents "bras" de la lutte anticancéreuse.

.../...

II - LES HOPITAUX PUBLICS, UNIVERSITAIRES OU NON

Sont étudiés successivement, les aspects favorables puis les aspects défavorables de l'intervention des hôpitaux publics dans la lutte contre le cancer, avec les mesures à prendre susceptibles d'améliorer la situation actuelle.

A - Aspects favorables

- 1/ Les malades porteurs de cancer sont très nombreux en hôpital public. Sur le plan national, environ 30 % des cancéreux sont pris en charge dans l'hôpital public. Pour la région Ile de France, la plus importante si l'on considère les malades hospitalisés, 50 % des cancéreux sont pris en charge par l'Assistance Publique de Paris. Ces cancéreux sont diagnostiqués dans les différents services de spécialité avec les moyens d'investigation qui leur sont propres. Pour cette raison, les cancéreux sont toujours, et inévitablement, très nombreux en hôpital public.
- 2/ La cancérologie en hôpital public est ouverte sur les spécialités médicales de façon directe. Cette ouverture est féconde et représente l'avantage principal de la cancérologie en hôpital public. C'est un lieu où la pluridisciplinarité peut être véritablement complète.
- 3/ La cancérologie en hôpital public est ouverte sur la médecine de ville avec tous les avantages que cela représente pour la qualité technique des soins et l'humanisation. Cette ouverture se fait essentiellement par l'intermédiaire des médecins attachés. Cette ouverture peut se faire en particulier sur la cancérologie du secteur libéral grâce à des protocoles communs.
- 4/ Lorsqu'il s'agit d'un hôpital public universitaire, il faut ajouter l'ouverture sur l'enseignement (enseignants et enseignés de tous niveaux) et sur les institutions de recherche (INSERM, CNRS, etc...). L'Assistance Publique de Paris est bien placée dans ce domaine.
- 5/ La cancérologie en hôpital public est proche du domicile du malade, avantage pour l'humanisation et pour le coût des traitements (frais de transport).
- 6/ Enfin, cette cancérologie est humaine lorsqu'elle se fait dans des services relativement petits, ce qui est souvent le cas et avec des relations personnelles entre le malade et l'équipe soignante.

B - Aspects défavorables et mesures susceptibles d'améliorer la situation actuelle

- 1/ Pour que la multidisciplinarité existe réellement, il faut des cancérologues exclusifs pour participer aux staffs, carrefours, comités, réunions où les cas de cancer sont discutés. Ces cancérologues sont des médecins (chimiothérapeutes ou radiothérapeutes, ou mieux les deux à la fois) qui ne voient que des malades cancéreux. Ils doivent avoir une formation suffisante. Ils animent la pluridisciplinarité. Ils sont

.../...

actuellement trop peu nombreux. Ils doivent pouvoir s'appuyer sur des départements ou des services de cancérologie (radiothérapie et oncologie médicale) pas trop éloignés. Ces structures doivent donc être assez nombreuses. Elles doivent être placées dans les hôpitaux les plus importants.

- 2/ Pour assurer une plus grande ouverture sur les diverses spécialités et la médecine praticienne et pour surmonter les obstacles que représentent la multiplicité des services et l'éloignement de certains hôpitaux par rapport aux structures de cancérologie, il faut assurer une bonne circulation de l'information. Il faut des secrétaires médicales en nombre suffisant, des machines à photocopier, des duplicateurs de radios. Le secrétariat est également nécessaire pour la rédaction des indispensables protocoles de traitement, pour assurer la gestion du suivi des malades et pour aider aux travaux de recherche clinique. Tout cela est très insuffisamment développé.
- 3/ Pour réaliser les traitements, il faut avoir les moyens correspondants, en particulier en équipements lourds. Les scanners corps entiers, utiles au diagnostic d'extension et pour la réalisation des radiothérapies, manquent gravement. Les appareils de radiothérapie de haute énergie sont souvent trop éloignés ou en nombre insuffisant. Ce problème s'observe par exemple à l'Assistance Publique de Paris : les hôpitaux du nord de Paris (BICHAT, BEAUJON, AVICENNE) n'ont pas de radiothérapie malgré leur importance et l'unique appareil du service de radiothérapie de NECKER devrait traiter 1.800 malades en 1982 alors qu'il ne peut théoriquement qu'en traiter 600. L'utilisation de la carte sanitaire semble faite trop souvent de façon non conforme à l'intérêt des malades.

Les aspects défavorables exposés dans les paragraphes 1-2-3 ont été soulignés par plusieurs intervenants.

Au total, la cancérologie en hôpital public doit être aidée pour que les nombreux cancéreux qui s'y trouvent bénéficient réellement des avantages liés aux caractères particuliers de cette cancérologie, à savoir la pluridisciplinarité par l'ouverture sur toutes les spécialités et l'humanisation.

III - LE SECTEUR CANCEROLOGIQUE LIBERAL

Le secteur libéral occupe une place importante dans le système de soins aux cancéreux puisque, globalement, sur le plan national, environ 50 % des malades sont traités dans ces établissements.

1°) d'une façon générale, les membres du groupe ont reconnu les points positifs suivants :

- la pluralité des structures, publiques et privées, est nécessaire car elle augmente le libre choix des malades,
- Il s'agit de centres à dimension humaine, situés localement, au contact des malades et des praticiens, évitant bien souvent une hospitalisation et des transports onéreux et fatiguants,
- ces centres sont animés par des médecins responsables, compétents, s'occupant personnellement du malade qui les a choisis, sans intermédiaire,

- Il s'agit de structures non hiérarchisées , regroupant localement la plupart des spécialités médicales et chirurgicales facilitant la pluridisciplinarité,
- ces centres ont une souplesse administrative et de gestion permettant la prise rapide de décision et d'orientation, permettant des initiatives originales comme celle de l'Association "Aide aux Malades Désemparés" qui a créé une unité de soins adaptée aux cancéreux lors des phases terminales,
- enfin, un poids financier moindre (certaines des obligations du secteur libéral étant différentes).

2°) D'une façon générale, les membres du groupe ont reconnu les points négatifs suivants :

a) dépendant directement de la volonté du secteur libéral :

la cancérologie libérale est consciente de l'effort qu'elle doit faire pour une plus grande pluridisciplinarité, pour la mise sur pied d'une recherche clinique avec participation aux collectes de données. Enfin, pour la participation des médecins libéraux à l'enseignement de la cancérologie.

b) Ne dépendant, malheureusement, pas de la seule volonté du secteur libéral :

la survie de ce secteur et de son originalité relève des autorités publiques, à la fois :

- pour des autorisations de renouvellement et de modernisation du plateau technique, autorisations qui lui sont actuellement refusées (scanner, accélérateur) ;
- et sur le plan des contraintes financières :
 - . non fixation d'un prix de journée en cancérologie et en curiethérapie,
 - . non remboursement de certains médicaments particulièrement coûteux, par suite de la non actualisation de la liste des médicaments remboursés en sus du prix de journée, rendant la chimiothérapie anticancéreuse difficile et déficitaire.

IV - LES MEDECINS GENERALISTES EN TANT QU'INSTITUTION MEDICALE DE LUTTE CONTRE LE CANCER

C'est l'ensemble des médecins généralistes qui représente sans doute la première institution médicale pour le dépistage et le suivi des malades cancéreux.

Leur rôle intervient donc parallèlement à celui des trois filières de soins qui viennent d'être évoquées.

A - Observation des faits

1°) l'observation des faits médicaux

Dans le cas fréquent où un demandeur de soins "a un généraliste" (ou un spécialiste fonctionnant comme tel : pédiatre, gynécologue médical) l'intervention de ce généraliste se constate :

- avant l'émergence du premier signe de cancer et pendant la présence du malade dans la clientèle. Par exemple, cette durée est en moyenne de 6 ans et 2 mois pour les 37 cancéreux dans la clientèle de l'un d'entre nous, morts en 22 ans de pratique, dont 2 ans et 2 mois de durée moyenne de vie comme cancéreux. Pour les 27 cancéreux vivants surveillés ou traités par ce même praticien, la durée moyenne dans la clientèle est de 14 ans 1/2 pour 24 d'entre eux et de 3 pour 4 cancéreux suivis depuis moins de 5 ans.

Elle se contrôle ainsi :

- lors du premier signe faisant penser à un cancer qui (dans ces conditions d'inclusion dans une clientèle) apparaît souvent tout naturellement chez le généraliste.

Ce premier signe peut être apporté par le malade ou apparaître lors d'un examen systématique ou encore comme une anomalie remarquée par le généraliste par rapport aux problèmes habituels de son malade. Une fois le cancer évoqué dans ces conditions, le généraliste devient le premier orienteur vers les filières spécialisées, en tenant compte de celles qu'il a pu apprécier dans le passé, de celles disponibles...et des préférences du malade.

- pendant la maladie cancéreuse, il est interpellé dans la surveillance de nombreuses séquences extra-hospitalières du parcours : complications des traitements, maladies associées (les 37 cancéreux décédés dans la clientèle généraliste citée en référence, avaient 47 maladies associées et, selon leurs fiches, ils ont eu 137 recours aux spécialistes, 316 examens complémentaires, 113 séjours hospitaliers, 47 interventions chirurgicales, le tout colligé dans leur dossier personnel).
- Dans la prise en charge existentielle du malade en tant que personne. La relation suivie avec un médecin généraliste crée entre un malade et son médecin une "compagnie d'investissement mutuel" (selon les termes inventés par Michael Balint) où, le plus souvent, d'autres membres de la famille sont aussi partie prenante. Cela signifie que bien des problèmes existentiels ont déjà été évoqués et pris en compte (bien ou mal mais ils l'ont été) au moment où le diagnostic de cancer vient frapper un malade donné. Lorsque cet investissement mutuel existe, il est le meilleur instrument disponible pour aborder les lourds problèmes du "vivre en cancéreux", vivre avec un cancéreux, vivre auprès le cancer".
- dans les choix qui se font lors de la phase terminale éventuelle

L'INSERM évalue à 298.000, le nombre de malades décédés à leur domicile en France en 1975 ; sur ce chiffre, 23 % seraient des cancéreux. Ainsi, il y aurait eu en 1975 environ 69.000 décès par cancer à domicile, donc survenus vraisemblablement dans la clientèle de médecins généralistes.

Cependant, malgré la fréquence des interventions du généraliste dans le cursus du malade cancéreux, il n'en reste pas moins vrai que les communications entre les responsables des séquences hospitalières et les généralistes s'occupant d'un même malade sont souvent réduites

au-dessous du strict minimum et à la voie épistolaire. Le médecin généraliste n'apparaît jamais à son patient cancéreux; ni à l'heure des décisions vitales et de longue durée, ni pendant ses séjours dans le plateau technique hospitalier. Alors même que la fonction de médiation du généraliste entre les besoins intimes du malade et le savoir médical est le plus nécessaire à toutes les parties prenantes, l'absence du praticien est totale et prend alors pour un grand nombre de cancéreux la signification d'une opinion de non compétence de la part des cancérologues quant au rôle du généraliste dont la légitimité de l'action médicale se trouve ainsi mise en question de facto et symboliquement.

2°) L'observation des faits à l'occasion du Colloque National sur le cancer

En lisant le texte décrivant le thème VIII, dans le fascicule initiant le colloque national, un manque saute aux yeux du lecteur généraliste : la non perception de son cabinet médical parmi la liste énumérant les institutions de diagnostic et soins aux cancéreux. Un tel lapsus représente à lui seul un archétype de direction de recherche. Ce manque avait déjà été perçu par des généralistes français réunis les 14 et 15 mars 1981 en un colloque de deux jours, commun avec des cancérologues, au cours duquel une première approche des problèmes a pu être réalisée et classée parmi les troubles de la communication dont les origines et les modalités restent à trouver.

On touche ici, non seulement à un domaine qui serait de l'ordre de l'incompréhension, mais encore à l'action possible de "résistances" qui sont d'un ordre différent. Quant aux 8 contributions qui parlent du généraliste, elles se contentent de souhaiter sa collaboration sans en aborder les moyens.

3°) L'observation des faits concernant les quelques efforts réalisés à l'étranger pour intégrer le généraliste traitant : (Allemagne, Suisse, U.S.A)

- qu'il s'agisse de comptes rendus standardisés émanant des centres anti-cancéreux ou de leurs antennes avancées précisant la situation, les décisions prises et les avatars possibles du traitement avec ou sans système de communications téléphoniques entre médecins, voire avec l'adjonction d'une secrétaire coordinatrice relançant les généralistes - malgré quelques succès locaux- on constate que ces systèmes ne se sont pas répandus (ni à l'initiative des centres anticancéreux ni à celle des généralistes).

B - Le résultat de ces comportements collectifs est que, alors que la fréquence de ses prestations reste grande,

- le pouvoir d'intervention du généraliste est fortement diminué par rapport aux possibilités virtuelles,
- le mode d'information naturel et continu sur les progrès en cancérologie, tel qu'il se fait spontanément par la présence du médecin au moment où un staff fait le point et décide d'un protocole, n'est pas accessible au généraliste.

Le rôle traditionnel du généraliste manque :

- a) dans la solution des conflits et ratés des traitements et surveillances,
- b) dans la médiation qu'il peut apporter (dans et hors de l'hôpital) en médiatisant les conflits entre le savoir médical et les besoins existentiels du malade et de sa famille,
- c) dans l'information du cancérologue sur les affections intercurrentes et associées,
- d) dans l'information du chercheur sur le devenir des malades "guéris" ou décédés à domicile (rappelons-en le chiffre : 69.000 en 1975).

On voit les distorsions, manques, souffrances et coûts inutiles qui découlent de l'actuelle absence d'une équipe de soins aux cancéreux qui soit complète pour le malade, les familles...et l'équipe soignante.

C - Les causes des défauts actuellement constatés dans la collaboration entre le secteur généraliste et le secteur cancérologique spécialisé

Ces causes ne peuvent plus être mises au compte du "manque de temps" de la part du généraliste. En effet, la démographie médicale a fortement réduit la pénurie en praticiens. D'autre part, les cas neufs apparaissant dans une clientèle chaque année, se placent dans une fourchette qui va de 0 à 10. Or, le généraliste sait qu'il va avoir à porter chaque fois un poids important. Si son rôle médical est reconnu comme un acte médical légitimé dans "l'équipe de soins aux cancéreux", on peut escompter des efforts de sa part pour y prendre sa place.

Une distorsion aussi radicale entre la rationalité et les faits constatés fait supposer l'action constante de forces profondes répondant à des lois sociologiques.

Le "lapsus" observé au cours même du colloque national confirme ce point de vue et apparaît comme indiquant l'existence de "résistances" qui peuvent dépasser l'expression de simples conflits hiérarchiques. C'est ainsi qu'une collusion possible a été évoquée dans le groupe pour maintenir autour du cancéreux une certaine dilution des responsabilités médicales entre deux secteurs qui, s'ignorant, peuvent rejeter "au dehors" des responsabilités lourdes à assumer.

Pour sa part, la Société Française de Médecine Générale a insisté dans le groupe sur trois facteurs qui lui paraissent comme particulièrement importants :

- le statut (ou non statut) actuel de la médecine générale dans la hiérarchie universitaire qui est un fait socio-historique,
- la divergence épistémologique entre deux pensées médicales :
 - d'une part, une pensée médicale hospitalière qui tend à déduire le normal du pathologique et progresse à partir de biais méthodologiques qui écartent au maximum la subjectivité du patient, laquelle n'est prise en compte que "par dessus le marché" ; d'autre part, une pensée médicale généraliste qui observe un secteur de normalité où apparaissent sans discontinuité franche des phénomènes qui se précisent comme pathologiques.

A la limite, en médecine générale, l'opposition classique maladie/santé se trouve décentrée et devient une opposition santé, maladie/mort.

Enfin, une autre conséquence du rôle médiateur du généraliste entre le savoir médical et les besoins intimes et émotionnels des personnes, est qu'il doit savoir prendre en compte les besoins en pensées mythiques, magiques ou philosophiques de certains malades.

D - Les solutions évoquées :

Elles comportent :

1/ des réformes ponctuelles possibles

- prise en compte du "rôle médical" du généraliste pendant les séquences hospitalières du cancéreux, ce qui implique la rémunération normale de l'acte et du temps de déplacement,
- mise à l'étude d'un carnet de soins de longue durée confié au malade,
- renaissance d'une profession : celle de garde-malade au domicile des malades temporairement handicapés ou grabataires, prise en charge par la Sécurité Sociale ou l'Aide Sociale pour éviter l'hospitalisation.

2/ Il faut renoncer cependant à l'idée que ces mesures ponctuelles administrées du dehors peuvent véritablement résoudre des problèmes de cette dimension et nature.

Les réformes véritables doivent suivre et non précéder des études soigneuses sur les obstacles historiques, épistémologiques, émotionnels, qui empêchent la formation des routines de collaboration et de complémentarité qui sont souhaitées. La participation responsable des généralistes à de telles études de sociologie médicale devrait être favorisée.

°
° °

Telles ont été les réflexions qu'a menés le groupe sur le thème qu'il avait à analyser. Il faut y ajouter un certain nombre de questions qu'il n'avait pu aborder faute de temps, mais qui ont été évoquées par des participants au colloque du 4 décembre :

- vaut-il mieux regrouper dans un centre le maximum d'hommes et d'équipements ou à l'opposé, ne vaut-il pas mieux multiplier des centres plus légers, mieux répartis sur le territoire et donc plus proches du domicile des malades. De toute façon, il est clair que la compétence du thérapeute sera toujours plus importante que les performances des machines.
- à propos de la carte sanitaire, la pauvreté en équipement des départements de la grande couronne parisienne, et notamment du département de l'Essonne, qui ne comporte qu'un seul établissement de radiothérapie, a été soulignée. Ne faut-il pas remédier à cette situation géographique ?

- Enfin, le problème de l'évaluation de la qualité des soins se pose en cancérologie comme dans les autres domaines de la médecine mais peut être avec une acuité plus grande. Le groupe s'associe donc aux participants pour souhaiter voir s'instaurer des structures permettant de contrôler cette qualité des soins, structures qui devraient être indépendantes et extérieures aux établissements de soins.

En conclusion :

le groupe considère que les trois principales filières de soins lourds qui sont proposées aux cancéreux, centres anti-cancéreux, hôpitaux publics ou cliniques privées, ont une action complémentaire et que la concurrence qu'elles peuvent exercer l'une sur l'autre est de nature à favoriser l'émulation. Il ne lui semble pas souhaitable de privilégier le développement de l'une plutôt que des autres afin de continuer à offrir au malade et à son médecin une grande liberté dans le choix des traitements.

Mais il insiste sur la nécessité :

- de reconnaître l'importance du rôle du médecin généraliste dans le traitement des cancéreux,
- donc de rechercher et de trouver les moyens de lui permettre de remplir son rôle.

En particulier, il lui semble indispensable que tous ceux qui participent aux soins du même malade, le médecin généraliste habituel et les divers spécialistes, puissent se concerter, favorisant ainsi la constitution d'une équipe autour de ce malade.

Composition du groupe :

Pr BAILLET, radiothérapeute NECKER	Dr LACHAND, urologue libéral
Pr BILLION, Directeur délégué Assistance Publique PARIS	Mme LAFOSSE, surveillante chef infirmière manipulatrice - radiothérapie NECKER
Dr CROUZET, chef de service C.H.CORBEIL	Dr MANNOUX, radiothérapeute - Secrétaire Général de l'Association de Cancérologie praticienne
Mme ETCHEVERRY, surveillante de consultation I.G.R. membre de la Fédération "Santé" de la C.F.D.T.	
M. FREYSSINGEAS, Union Nationale des Syndicats F.O des C.L.C.C.	Dr ROSOWSKY, généraliste, délégué de la Société Française de Médecine Générale, animateur du groupe
	Dr WOLFF, gynécologue I.G.R. représentant du groupe de réflexion sur les activités cancérologiques