

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?

Bungener M¹, Demagny L², Holtedahl KA³, Letourmy A⁴

Résumé

Le présent article a pour objectif de mieux comprendre la place des médecins généralistes dans la trajectoire de soins du cancer en France et le partage des rôles entre médecine générale et spécialisée. Il s'agit d'abord de décrire les moments privilégiés d'intervention des médecins généralistes identifiés dans le cadre d'un programme de recherche alliant approches quantitative et qualitative, et visant une meilleure connaissance du rôle concret tenu en France par les généralistes libéraux dans la prise en charge des malades atteints de cancer. Nous insistons plus particulièrement sur les occasions d'échanges avec les équipes spécialisées et sur les stratégies déployées par les médecins généralistes vis-à-vis de leurs confrères spécialistes, de leurs patients, et au niveau de leurs compétences techniques pour pouvoir accomplir au mieux l'accompagnement de leurs patients. Il s'agit enfin d'analyser, du point de vue des médecins généralistes, leurs modalités de collaboration avec les équipes spécialisées d'oncologie dans un contexte d'échange inégal, leurs perceptions des obstacles au partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée et les moyens d'y remédier.

Prat Organ Soins 2009;40(3):191-196

Mots-clés : Médecine générale ; cancer ; système de santé ; prise en charge.

Summary

The purpose of this article is to have a clearer understanding of the role that GPs play in the cancer care pathway in France and of how the roles are shared between general and specialist medicine. This first of all involves describing the key intervention stages of GPs, identified in a research programme combining quantitative and qualitative approaches and aimed at improving knowledge of the specific role played by private GPs in treating cancer patients in France. We focus particularly on the opportunities for exchange with specialist teams and on the strategies adopted by GPs as regards their specialist peers, their patients and their technical skills to be able to support their patients as effectively as possible. Lastly, it involves analysing GPs' methods of working with specialist oncological teams in an unequal context of exchange, their perceptions of obstacles to roles being shared between general and specialist medicine and ways in which these can be overcome.

Prat Organ Soins 2009;40(3):191-196

Keywords: Family practice; cancer; delivery of health care; management, disease.

¹ Économiste-sociologue, Directeur de recherche CNRS, Directeur du Centre de recherche médecine, sciences, santé et société, Villejuif (France).

² Statisticienne, ingénieur CNRS, Centre de recherche médecine, sciences, santé et société, Villejuif (France).

³ Professeur de médecine générale, Institut of Community Medicine, University of Tromso (Norvège).

⁴ Économiste, chargé de recherche CNRS, Centre de recherche médecine, sciences, santé et société, Villejuif (France).

Adresse pour correspondance : Martine Bungener, CERMES Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société (CNRS UMR 8169, EHESS, INSERM U 750), site CNRS, 7, rue Guy Môquet, F-94801 Villejuif Cedex.
E-mail : bungener@vjf.cnrs.fr

INTRODUCTION

Doté de longue date d'une organisation de soins spécifiquement dédiée (les centres de lutte contre le cancer) en sus du système médical classique, le cancer se présente aujourd'hui comme une pathologie relevant majoritairement, sinon essentiellement, d'une intervention médicale spécialisée. Les premiers centres de traitement du cancer sont mis en place en Europe et en Amérique du Nord au tout début du vingtième siècle [1]. Ils témoignent du recul des attitudes antérieures de délaissement thérapeutique consécutif au constat d'incurabilité initialement associé au diagnostic de cancer. Devenant, pour un nombre croissant de localisations, curable au fil des avancées médicales qui marquent le XX^e siècle, le cancer acquiert un statut de pathologie chronique, l'allongement des durées de rémission ouvrant alors l'espace de la guérison [2]. L'émergence d'une oncologie spécialisée peut être analysée [3] comme une des prémisses organisationnelles et technologiques du processus de spécialisation de la médecine moderne qui depuis les années cinquante a progressivement installé la médecine générale en France dans une position résiduelle et hiérarchiquement dominée. Son champ d'intervention se définit alors par défaut comme « ce qui reste » et ce dont les divers spécialistes ne s'occupent pas parce qu'ils font beaucoup plus ! [4]. La chronicisation du cours d'un certain nombre de maladies, qui exige à la fois des actes techniques spécialisés et des formes de soutien à la personne, vient cependant bousculer la scission entre médecine générale et médecine spécialisée. Le cancer est une pathologie qui apparaît exemplaire à cet égard. Différentes réformes en cours, dont le Plan Cancer, suggèrent ainsi que, face au cancer, le rôle des médecins généralistes peut être défini autrement que de façon résiduelle dans une perspective d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge des patients. Dans cette perspective, nous avons cherché dans le cadre d'un programme de recherche collectif à identifier l'espace thérapeutique investi par les médecins généralistes face au cancer et leurs relations avec les équipes de soins spécialisées.

Le présent article a pour objectif de présenter les moments privilégiés d'intervention des médecins généralistes, ainsi que les actes et interventions qu'ils recouvrent, tels qu'ils ont pu être identifiés dans le cadre de ce programme de recherche visant une meilleure connaissance du rôle concret tenu en France par les généralistes libéraux dans la prise en charge des malades atteints de cancer [5]. Nous insisterons plus particulièrement sur les occasions d'échanges avec les équipes spécialisées pour analyser, du point de vue des médecins généralistes, leurs modalités de collaboration avec les oncologues, leurs difficultés et leurs perceptions du partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée. Il s'agit également de compren-

dre la relation entre la place de la médecine générale et le mode d'organisation des systèmes de soins ainsi que les formes de substituabilité et de complémentarité possibles entre généralistes et spécialistes.

MÉTHODES

Pour répondre à ce questionnaire, un emboîtement d'enquêtes a été mis en place. Nous souhaitions disposer de données sur un ensemble de patients atteints de cancer pour lesquels un médecin généraliste était intervenu. Pour ce faire, nous avons d'abord cherché à constituer un panel national de médecins généralistes disposés à répondre à un questionnaire élaboré collectivement avec un groupe européen de généralistes et validé dans cinq pays d'Europe [6]. Ce questionnaire recense des données contenues dans les dossiers médicaux de patients tels qu'ils sont établis et conservés par les généralistes. Les données ont été collectées pour une sélection aléatoire de dossiers de patients vus au cours de l'année précédente par des généralistes volontaires et sollicités, sans financement, par voie postale sans relance à partir d'échantillons nationaux représentatifs en France (cinq dossiers à remplir par généraliste) et en Norvège (deux dossiers par généraliste). De ce fait, on peut faire l'hypothèse que le recrutement des médecins généralistes répondants rassemble ceux d'entre eux qui sont les plus concernés par la prise en charge du cancer. Par ailleurs, deux autres populations de patients français ont été constituées auprès d'un échantillon de généralistes enseignants et maîtres de stage, puis d'un échantillon de généralistes impliqués dans les réseaux cancer.

En ce qui concerne les populations nationales de patients : 1 679 questionnaires patients exploitables ont été remplis et retournés par 349 médecins généralistes en France soit une moyenne de 4,8 questionnaires pour 7 % de répondants ; 386 questionnaires patients exploitables ont été remplis et retournés par 292 médecins en Norvège soit une moyenne de 1,3 questionnaires pour 36 % de répondants. En ce qui concerne les populations particulières de médecins généralistes français : d'une part, 1 994 patients ont été inclus par 410 médecins généralistes enseignants ou maîtres de stage, soit 11 % de répondants et un nombre moyen de 4,9 questionnaires ; d'autre part, 424 dossiers de patients ont été renvoyés par des médecins généralistes proches de réseaux cancer, soit un taux de réponse de 11,8 % et une moyenne de 4,8 questionnaires. Les principales caractéristiques démographiques et médicales des deux populations nationales de malades sont fournies dans le tableau I. La figure 1 précise l'état de santé des patients à la date de l'enquête. Les données chiffrées utilisées dans cet article se rapportent en majorité à la population nationale de patients français et/ou à la population de patients vus par les médecins généralistes maîtres de

Tableau I
Caractéristiques démographiques et médicales des patients.

	France N = 1679			Norvège N = 386		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Sexe (%)	51,4	48,6	100	51,3	48,7	100
Âge moyen à l'enquête (an)	63	66	64,5	59	65	62
Âge moyen au diagnostic (an)	58	63	60	57	63	60
Ancienneté moyenne au diagnostic (an)	4,6	3,3	4	2,3	2,2	2,3

stage. Ces deux populations ont des caractéristiques démographiques et médicales très similaires. Elles totalisent 3 673 patients.

Le recueil de données françaises a en outre été complété par une enquête sociologique qualitative par entretien semi directif menée auprès de 60 généralistes établis en Région Parisienne et en province, dont 19 généralistes membres de réseaux cancer [7].

RÉSULTATS

Les différentes enquêtes nous révèlent, malgré certains écarts entre français et norvégiens, des médecins généralistes durablement engagés auprès de leurs patients atteints de cancer de la découverte à la fin de vie. Ce travail fournit notamment un tableau chiffré mais aussi qualitatif des différentes dimensions revendiquées et assurées par les médecins généralistes français dans la trajectoire de prise en charge médicale des patients atteints de cancer, avant et au moment de la découverte, quand ils passent la main puis se réinvestissent après la mise en place d'un traitement, et enfin après le traitement ou en cas d'aggravation. Mais il montre également

que la relation de la plupart d'entre eux avec les équipes spécialisées demeure problématique et marquée par le dilemme entre l'organiser ou la subir. Et il permet de décrire certaines réponses pratiques que les généralistes y apportent dans leur exercice quotidien. Une première partie présentera les moments d'intervention des généralistes issus des dossiers de patients enquêtés, réservant à la seconde partie, les enjeux, difficultés et stratégies entre médecins généralistes et équipes spécialisées.

1. Des formes et des moments d'intervention revendiqués par les généralistes : une trajectoire de soins à partager

a) Découverte

Déjà, bien avant la survenue d'un éventuel symptôme, et même s'ils mobilisent proportionnellement moins que leurs confrères norvégiens [8] une prévention personnalisée (30 % des patients contre 42 %), les généralistes français s'impliquent dans les politiques ou actes de dépistage systématiques du cancer. Connaissant de longue date une proportion importante de leurs patients, ils ont une position privilégiée pour discerner des signes précurseurs aiguisant leurs suspicions. On les voit ensuite revendiquer une place importante dans la découverte du cancer, c'est-à-dire dans le processus qui conduit à poser le diagnostic, un processus qu'ils ont souvent initié même si le diagnostic précis n'est pas au final formulé par eux. Ils se disent ainsi à l'origine de la découverte du cancer pour 78 % des patients (83 % en Norvège), à partir d'une suspicion pour 58 %, d'un dépistage proposé à 19 % ou fortuitement pour 16 %. Ils ont également prescrit les premières investigations pour 70 % d'entre eux, afin d'adresser leurs patients à bon escient en ayant déjà écarté ou affiné certaines hypothèses.

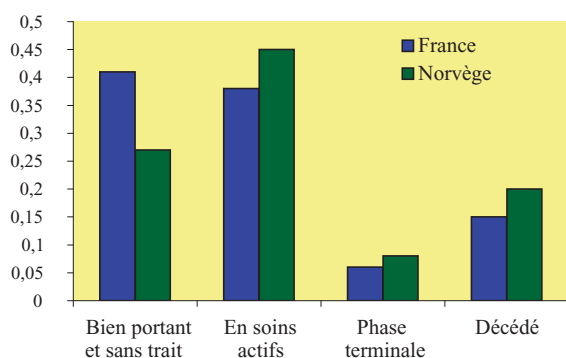


Figure 1. État de santé des patients à la date de l'enquête.

Choisir l'équipe traitante est une intervention sans équivalent dans les pays comme la Norvège où l'organisation du système de soins repose sur des filières prédéfinies. En France, ce choix repose sur les relations personnelles du généraliste pour un tiers des patients ; il se fonde sur la renommée de l'équipe spécialisée pour 24 % d'entre eux et fait intervenir le choix des patients dans 29 % des cas. Pour 80 % des patients,

c'est le généraliste qui a contacté l'équipe spécialisée, six fois sur dix par courrier. L'enquête qualitative confirme leur recours préférentiel à des réseaux personnels de correspondants spécialisés, pour des raisons qui visent tout autant leurs patients que leurs confrères spécialistes afin de garantir la qualité des échanges ultérieurs en vue du meilleur suivi du patient.

L'utilisation du mot cancer avec 82 % de leurs patients confirme que le terme n'est plus tabou pour les généralistes. L'annonce de la maladie se présente le plus souvent comme un processus à étapes, morcelé et éclaté entre plusieurs professionnels, processus auquel ils participent pour plus de la moitié de leurs patients comme de leurs familles ; 35 % des patients l'annonçant ensuite eux-mêmes à leurs proches. En effet, les entretiens le confirment, les premières craintes de cancer des patients s'adressent d'abord aux médecins généralistes et il s'agit pour eux de préparer au mieux leurs patients à cette annonce et de les motiver face aux investigations puis aux traitements qu'ils vont ensuite devoir affronter. Le partage de l'annonce peut aussi être négocié : « je dis aux spécialistes, allez-y, j'assume derrière ».

b) Prendre part au suivi

Le lieu d'intervention et l'équipe spécialisée choisis, les médecins généralistes lui passent alors la main pour la mise en place du traitement initial. Nombreux sont cependant les patients qui souhaitent aussi en parler avec leur généraliste, cependant pas toujours suffisamment outillé pour leur répondre, et incité alors à leur proposer de solliciter un second avis spécialisé. Certains regrettent en outre de ne pas pouvoir suffisamment faire valoir auprès des équipes spécialisées leur bonne connaissance des particularités de leurs patients pour mieux adapter d'emblée le traitement initial, par exemple s'il s'agit de patients très âgés ou particulièrement angoissés. Puis le déroulement du traitement spécialisé peut ensuite conduire leurs patients à requérir leur intervention par exemple en cas d'effets secondaires délétères peu ou mal pris en compte. Les généralistes restent ainsi actifs médicalement pour plus d'un patient sur deux. La condition indispensable pour s'impliquer efficacement dans leur suivi est pour les généralistes de disposer des informations nécessaires. Mais s'ils sont informés du traitement mis en place pour 86 % des patients, ils sont conduits à traiter des effets secondaires chez 55 % de leurs patients alors qu'ils déclarent ne les connaître suffisamment que pour 47 % d'entre eux.

Plus largement, les données recueillies révèlent que les généralistes répondants prescrivent des bilans biologiques pour suivre les effets des traitements pour 55 % des patients, des examens biologiques ou radiologiques pour

suivre et contrôler l'évolution de la maladie et surveiller les risques de rechute pour 50 %, et établissent si nécessaire les traitements adjuvants pour 45 % d'entre eux. Leur implication dans ces deux dernières tâches concerne une proportion de patients double de leurs confrères norvégiens. Ces généralistes se disent au final exclus du suivi de seulement 15 % de leurs patients la première année de la maladie et de 7 % la seconde année. Ils revendiquent enfin de maintenir simultanément leur rôle antérieur de médecin traitant des pathologies concomitantes de leurs patients, et d'assurer pour eux la « banalité » de la pathologie de la médecine générale.

Partager le suivi de leurs patients atteints de cancer, c'est aussi, pour les médecins généralistes, rester présent sur tous les aspects, même sociaux et familiaux, de la gestion de la maladie, ce qu'ils font pour 78 % d'entre eux y compris pour les aspects administratifs (pour 59 %). Mais c'est également assumer une proximité revendiquée et durable avec leurs patients atteints de cancer et assurer aussi pour 72 % d'entre eux un suivi psychologique et empathique. C'est enfin s'impliquer en cas d'évolution défavorable du cancer, soit 33 % de la population étudiée, et assister la fin de vie à domicile, en prenant alors également en charge les proches des patients [9]. Car, malgré les difficultés rencontrées, cela fait « partie du boulot » pour les généralistes interrogés. Dans ces situations, ils sont conduits à prescrire et administrer de la morphine à 22,5 % de leurs patients et ce, de leur seule responsabilité pour 57 % de ceux-ci.

2. Interrelations mouvantes, subies ou organisées : défiance, concurrence ou complémentarité

La proximité du généraliste avec ses patients s'impose tout au long de la trajectoire de soins comme la rhétorique dominante du discours des généralistes et le fondement de leur stratégie d'action justifiant leur place aux côtés des équipes spécialisées. Identifiant et revendiquant des moments spécifiques pour leur intervention, l'inscription des médecins généralistes dans la trajectoire de soins spécialisés du cancer apparaît ainsi marquée par une dialectique du « passer la main et la reprendre » au moins en partie, dans un contexte médical caractérisé par une hiérarchisation professionnelle forte entre institutions et disciplines médicales, entre hôpital et médecine de ville, entre médecine technique spécialisée et médecine générale. Elle est alors perçue ou ressentie comme relevant d'un échange dissymétrique et inégal. En découlent tout à la fois des obstacles à surmonter, des craintes et des insatisfactions de part et d'autre, mais aussi des stratégies volontaristes de la part des médecins généralistes les plus engagés et les plus déterminés à suivre au maximum leurs patients, pour rester présents et opérationnels, stratégies dont rendent compte les entretiens menés. Dès lors, les contours

imprécis de leur rôle qui se déploie dans de multiples directions dessinent en creux des limites d'intervention extensives car toujours susceptibles d'être repoussées.

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 [10]. Par ailleurs, tout en revendiquant une bonne connaissance de la plupart de leurs patients, ils sont conscients des limites de leurs connaissances et compétences techniques et scientifiques. La spécialité de médecine générale en France ne comprend par exemple aucun enseignement obligatoire en cancérologie. Ce n'est qu'au cours d'un seul semestre libre que le futur médecin généraliste pourra éventuellement se socialiser au monde de la cancérologie.

Pour y pallier, les stratégies volontaristes des généralistes français ciblent aussi bien les relations avec leurs confrères et partenaires médicaux, avec leurs patients que l'acquisition de compétences techniques particulières, et se déploient aux différents moments de la trajectoire de soins. Nous allons plus particulièrement en souligner trois aspects : la sélection des correspondants, l'accompagnement personnalisé des patients, l'investissement technique.

Participer au suivi médical nécessite à défaut d'avoir organisé préalablement un partage concerté des tâches de chacun, d'être bien informé des traitements en cours de son patient et de l'évolution de la maladie. Les données des enquêtes quantitatives comme les dires des généralistes soulignent des progrès significatifs en la matière tout en déplorant encore trop souvent des lacunes d'information et de communication notamment à propos des effets secondaires des traitements alors même que ceux-ci requièrent fréquemment l'intervention des généralistes. De ce fait les généralistes vont se trouver en difficulté et leurs patients voir leurs effets secondaires traités de façon moins efficace ou retardée. Les généralistes doivent alors savoir s'imposer pour réclamer les informations médicales nécessaires, ce qu'ils estiment insupportable et non justifié, et surmonter les difficultés pour joindre leurs confrères hospitaliers au téléphone, ou pour identifier les meilleurs interlocuteurs. C'est ce que réussissent généralement mieux et plus vite les généralistes universitaires ou maîtres de stage plus insérés dans la hiérarchie médicale. D'où l'accusation de mépris et de non-consideration vis-à-vis de la médecine générale. Une stratégie efficace pour réduire ce déficit de communication est alors pour nombre d'entre eux de sélectionner des correspondants ou des équipes spécialisées non plus seulement sur leur réputation mais préci-

sément aussi sur leur capacité à communiquer avec eux et à leur renvoyer leurs patients. Choisir ses correspondants est de fait une démarche longue et sensible pour les généralistes.

Face aux patients, c'est donc tout à la fois avec les limites de leurs connaissances spécialisées et parfois les lacunes d'informations non transmises, que les généralistes doivent composer à différents moments-clé de la trajectoire de soins comme l'établissement du diagnostic ou l'évolution péjorative. Leur stratégie apparaît alors liée à leurs connaissances techniques du déroulement de la maladie et des traitements disponibles, et donc à leur capacité de fait à ouvrir un espoir thérapeutique. Leur degré de connaissance varie selon la fréquence ou les localisations du cancer. Lorsqu'ils possèdent cette connaissance, ils se sentent plus en capacité de maîtriser les annonces à faire et hésitent moins à s'en emparer. En cas contraire, ils se maintiennent en retrait, « laissent faire » les spécialistes et tentent d'abord de faire s'exprimer les craintes et attentes des patients.

L'acquisition de nouvelles connaissances techniques est une stratégie également utilisée par ceux des médecins généralistes qui souhaitent étendre leur domaine d'intervention. En témoigne par exemple le savoir-faire relatif à la prescription et à l'utilisation de la morphine, récemment acquis par eux, qui conduit les médecins généralistes français à s'en servir plus fréquemment de façon indépendante que leurs confrères norvégiens. Mais face aux compétences techniques des spécialistes qu'ils reconnaissent sans réserve, ils tentent d'imposer aussi fortement leurs compétences propres : compétences relationnelles, compétences découlant de leur proximité des patients et de leur entourage, mais aussi de leur plus grande disponibilité d'écoute et de partage. Dans ce double registre les généralistes se pensent comme différents, apportant aux patients un savoir-faire autre et agissent en construisant leur pratique en complémentarité de celle des spécialistes, s'ajustant tant que possible à l'hétérogénéité locale de comportement des équipes spécialisées. Récupérer et prendre en charge tout ce que ne fait pas l'hôpital est une stratégie pertinente pour définir et revendiquer un champ d'intervention spécifique à la médecine générale.

CONCLUSION

Au terme de ce travail qu'on peut partiellement conclure par le constat que les occasions de contact et de coordination entre médecins généralistes et spécialistes du cancer sont supérieures en France qu'en Norvège où existent des filières prédéfinies de soins pour les personnes atteintes de cancer, divers enseigne-

ments peuvent être tirés à propos du partage de rôle entre médecine générale et spécialisées dans les trajectoires de soins du cancer. Le premier est l'identification de moments d'intervention revendiqués par les généralistes dont certains, comme par exemple le moment de l'annonce du diagnostic, révèlent une implication des généralistes plus forte qu'attendue et prenant des formes en partie méconnues. Mais, malgré ou à cause de leur perception d'être un segment professionnel dominé, face à leurs confrères spécialisés, notamment hospitaliers, l'activité des généralistes est tendue entre la soumission à un partenariat dissymétrique ou la tentative d'en garder le contrôle. Les ressorts de l'action des généralistes se composent ainsi d'une pluralité de stratégies menées simultanément en direction des patients et des confrères, pour lesquelles leurs compétences propres, leurs connaissances techniques spécifiques, leur proximité des patients et de l'entourage, leur insertion locale constituent des outils efficaces à mobiliser pour préserver leur autonomie d'action.

Dans un contexte français de soins où une part éventuelle de substituabilité des soins entre personnels généralistes ou spécialistes reste largement négligée, si ce n'est niée, il faut dorénavant s'interroger sur l'intérêt médical et économique, voire sur la nécessité de faire exister la complémentarité entre médecine générale et médecine spécialisée. Cela signifie toutefois rompre franchement avec une logique d'autonomie disputée entre segments professionnels dont l'efficacité est discutable, et organiser sur un plan professionnel mais aussi informationnel et matériel, une prise en charge distribuée et partagée valorisant au mieux la spécificité de la médecine générale.

RÉFÉRENCES

1. Pinell P. *Naissance d'un fléau*. Paris : Editions Métailié ; 1992.
2. Ménoret M. *Les temps du cancer*. Paris : Les Editions du CNRS ; 1999.
3. Pinell P. *Naissance d'un fléau*. Paris : Editions Métailié ; 1992.
4. Bungener M, Baszanger I. *Les acteurs de la médecine : La médecine générale en redéfinition*. In : Baszanger I, Bungener M, Paillet A, eds. *Quelle médecine voulons-nous*, Paris : Editions La Dispute ; 2002.
5. Bungener M, Demagny, Bachimont J, Vazeilles, Høledahl KA, Letourmy A. *Prendre en charge le cancer en médecine générale. Médecine générale, médecine spécialisée entre hiérarchie, concurrence et complémentarité. Rapport de recherche CERMES, octobre 2008*. [<http://www.vjf.cnrs.fr/cermes/>].
6. Letourmy A, Carricaburu D, Bungener M. *La prise en charge des patients atteints de cancer par le médecin généraliste dans 5 pays européens*. *Revue des Affaires Sociales*. 1999;2:37-50.
7. Vazeilles I. *La prise en charge des malades atteints de cancer par les médecins généralistes libéraux. Approche qualitative. Rapport Postdoctoral*. Paris : CERMES ; février 2008.
8. Høledahl KA. *The value of warning signals of cancer in general practice*. *Scand J Prim Health Care*. 1987;5:140-3.
9. 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.
10. Anvik T, Høledahl 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.